

بهداشت و درمان در

گیلان

پژوهش و نگارش استاد ناصر پویان

کتاب گیلان

تهران

۱۳۷۴

فصل نوزدهم

بهداشت و درمان در گیلان

سابقه علم پزشکی

انسان از وقتی که قدرت اندیشه و تفکر یافته به چگونگی کارها و نیز به رفتار و بهداشت و حفظ تندرستی خویش با دقت و کنجکاوی نگریسته و از آغاز تا کنون به پیروی از عقل و هوش و دانش و به کمک کار و کوشش و تجارب تلخ و شیرین برای رفع آلام و ناخوشیها و بقای حیات خویش جد و جهد کرده است. بی تردید پزشکی نیز به عنوان یک امر لازم و ضروری از ابتدا برای حفظ سلامت و تندرستی همراه انسان بوده و هرچه تمدن بشری پیشرفت کرده دانش پزشکی نیز کاملتر شده است. زیرا آثار و شواهد و سوابق و کشفیات باستان‌شناسی و نبشته و تاریخ ملل و اقوام مختلف جز این حکایت نمی‌کند.

در مورد شناخت گیاهان و داروهای نباتی در دوره‌های ماقبل تاریخ مؤلف کتاب «تاریخ علم» عقیده دارد: «این معرفتی است که از راه تجربه مربوط به زمانهای بینهایت دراز بدست آمده، و آزمایش و خطا صدها و هزاران سال پی‌درپی ادامه یافته است. برای ما امکان ندارد که بفهمیم چگونه تجربه‌های نامعلوم و تصادفی این اندازه دنباله پیدا کرده و نتایج آنها از نسلی به نسل دیگر انتقال یافته است. ولی قدر مسلم این است که نیاکان پیش از تاریخ همچون مردم ابتدائی که هم امروز می‌توان آنان را مشاهده کرد، گیاهان و چیزهای دیگر را مورد آزمایش قرار می‌داده و برحسب سود و زیان، آنها را به اقسام گوناگون تقسیم می‌کرده‌اند؛ چسباناں پسیا بانگرد راه ساده شکسته‌بندی و جدا انداختن استخوان را می‌دانسته‌اند. در آن زمانهای دور بنا به ضرورت، فن قابلیت در کار بوده و قابلیتگان هوشمند هنر خود را به دستیاران جوان خویش می‌آموخته‌اند. در همه این حالات بهترین و سخت‌ترین آموزگار یعنی احتیاج،

بهداشتی قوانین و مقرراتی وجود دارد و نیز در آن دستمزد پزشکان به تناسب استطاعت مالی بیمار تعیین گردیده است.

۱۳ قرن پیش از میلاد آشوریان بر بابلیان چیره شدند و حکومت مطلقه بابلیان به آشوریان رسید و به دنبال آن عقاید و نظرات پزشکی بابلیها به آشوریه منتقل گردید. در کاوشهای باستانی که از سال ۱۸۴۲ در نینوا پایتخت امپراطوری آشور به عمل آمده لوحه‌ای به خط میخی از زمان آشوربانیپال (قرن هفتم پیش از میلاد) کشف گردیده که بر روی آن ۱۰۰۰ دستور پزشکی و بهداشتی حک شده است.

در کشور باستانی مصر چندین پاپیروس به دست آمده که در برخی از آنها از انواع بیماریها و داروها و حفظ بهداشت صحبت به میان آمده است. به گفته هردوت مورخ نامی یونان، پزشکی در مصر جنبه تخصصی داشته و داریوش پادشاه ایران، عده‌ای پزشک مصری در دربار خویش داشت.

در هند به سبب فراوانی گیاهان و پی بردن مردم به خاصیت آنها، بالغ بر ۱۷۰ گیاه شفابخش مورد توجه و پرستش هندوان بوده است. نگاهی گذرا به تاریخ پزشکی هند نشان می‌دهد که جراحی به‌خصوص جراحی پلاستیک (جراحی ترمیمی) در شبه‌قاره هند انجام می‌گرفته. قدیمیترین امبری که از ۲۰۰۰ سال پیش در دسترس است مربوط به ترمیم یک بینی بدشکل توسط جراح بزرگ هندی به نام ساس‌روتا Sustruta می‌باشد.

۴۰۰۰ سال پیش، طب سوزنی در چین رواج داشت و اکنون نیز رایج است. همچنین چند کتاب پزشکی از حدود ۴ قرن پیش از میلاد مسیح باقی مانده که در آنها اشاراتی به تشریح، وظائف اعضای بدن و تنفس و گردش خون دیده می‌شود.

دانش پزشکی در اروپا، از جالینوس تا قرون وسطی پیشرفتی حاصل نکرد. در قرن نهم میلادی اولین دانشکده پزشکی در بیزانس تأسیس شد. در قرن دوازدهم دانشکده پزشکی سالرنو، در قرن سیزدهم دانشکده پزشکی بولونی و در همین دوره دانشکده‌های پزشکی مون‌پلیه و آلز و لاکسورد انگلستان شروع به کار کردند.

در دوره رنسانس، در صنایع و ادبیات و هنرهای زیبا پیشرفتهای شگفت‌آوری پدید آمد و تغییرات بنیادی در هنر و علوم و روش حکومت پیدا شد. اوهام و خرافات از حاکمیت افتاد و مبارزه جدی با طلسم و جادوگری آغاز گردید. در این دوره علی‌رغم برقراری نظام سرمایه‌داری و دموکراسی و همچنین کشف ماشین بخار و اختراعات عمده، شیوع بیماریهای مهلک آبله و طاعون وسعت و دامنه بیشتری یافت، به طوری که در قرن هیجدهم فسقظ بیماری آبله در اروپا ۶۰ میلیون نفر را کشت. از بهداشت فردی و عمومی خبری نبود. زنها برای جلوگیری از هجوم شیشه‌ها، کلاه‌گیس خود را آغشته به مخلوطی از عسل و سرکه می‌نمودند، اینها همه از نظر هیئت حساکمه و سرمایه‌داران و دانشمندان انگیزه ابداعات و اختراعات برای توسعه و بهبود

پیوسته همراه آدمی بوده و وی را رهبری کرده است. اگر بازوی مردی از حمله جانوری یا از فروریختن سنگ کوهی آسیب می‌دید، یا ساق پایش می‌شکست، و اگر زنی در ضمن انجام کارهای روزانه خویش دچار اختلالاتی می‌شد پیوسته برای مقابله با این حوادث به سرعت می‌توانستند کاری انجام دهند و همچنین برای ناراحتیهای بیماران دیگر راه‌حلهای مستقیمی وجود داشت. پس به احتمال قوی فن درمان کردن یکی از حرقه‌های کهن است... بعضی از مجموعه‌های پیش از تاریخ که به دست ما رسیده علاماتی دارد که نشان می‌دهد در آن زمانها بر روی گاسه سر عمل جراحی و شکسته‌بندی صورت صورت گرفته است.^۱

در کتاب «زیست‌شناسی جانوری» چنین آمده است: «در سال ۱۹۲۱ جمجمه انسانی را در غاری در زامبیا یافتند که ظاهراً به نزد جنوبی‌ترین ناندوتال تعلق داشت و به نام انسان رودزیا *Homo rhodesie sis* خوانده شد. شواهد امر نشان می‌دهد که انسان رودزیا از گرم‌خوردگی دندان و از بیماری مفاصل رنج می‌برده است. لذا به نظر می‌رسد که این گونه بیماریها در ۲۰۰ هزار سال قبل نیز وجود داشته‌اند.»^۲ به استناد کشفیات باستان‌شناسی، در حدود ۱۲ هزار سال پیش از این، عمل جراحی بر روی مغز انسان انجام می‌گرفته و نیز بررسیهای انجام شده نشان می‌دهد که پیشینیان ما برای سوراخ کردن جمجمه از مته و ابزار سنگی استفاده می‌کرده‌اند.

پیرامون زادگاه این علم شریف اندیشه‌های مختلف وجود دارد. برخی از محققان، اقوام ساکن، بین‌النهرین، مصر، چین و هندوستان را پیشروترین تمدن بشری در عرصه پزشکی می‌دانند. عده‌ای هم آمریکای لاتین را محل نشو و نما می‌عرفی می‌کنند، زیرا دوسوم کل ۱۵۰۰ جمجمه پیش از تاریخ که عمل جراحی بر روی آنها انجام گرفته مربوط به کشور باستانی پرو است. در سیاه این مطلب به نظر این ای‌اصیبه طیب مشهور اختراع طب نامی‌شده به شهر یا کشور یا طایفه معینی نسبت داد زیرا آنچه را که به مردمی نسبت می‌دهیم، قبل از آنها در مردم دیگری وجود داشته و بعد منتقل شده است و بناز در مردم دیگری پیدا شده، از آنها نیز رخت بر بسته و به دست طایفه دیگری افتاده است که ما ایشان را مکتشف آن تصور می‌کنیم.^۳

مطالعه کتب ادیان جهان نشان می‌دهد که پزشکی و بهداشت تاریخی بسیار کهن دارد. قدیمی‌ترین اشارات مربوط به بهداشت و درمان در تمدنهای مذهبی دره نیل، دجله، فرات، سند و چین شده است.

در هزاره چهارم و پنجم پیش از میلاد، سومریان که در قسمتی از خوزستان و عراق ساکن بودند، آثاری در ارتباط با دانش پزشکی از خود بسر جای گذاشتند. یک ستون سنگی از حمورابی (۱۹۵۵ - ۱۹۱۳ قبل از میلاد) به دست آمده که قوانین حمورابی یعنی قدیمیترین قانون مدون جهان بر روی آن حک شده است. این ستون هم‌اکنون در موزه لوور پاریس نگهداری می‌شود و در آن برای حق‌القدم پزشکان، جریمه جراحان غیر ماهر و سایر امور پزشکی و

۳. تاریخ‌الایام فی طبقات الاطباء، ابن‌اصیبه، ترجمه سید جعفر طبیبان و دکتر محمود نجم‌آبادی، چاپخانه سازمان چاپ دانشگاه تهران، ۱۳۴۹، جلد ۱، صفحه ۵، ۲۹ و ۳۱.

۱. تاریخ علم، جرج سارنتون، ترجمه احمد آرام، انتشارات مؤسسه مطبوعاتی امیرکبیر، صفحه ۸ و ۹.
۲. زیست‌شناسی جانوری، دکتر ابوالقاسم امین و دکتر محسن شکوهی‌زاد، مؤسسه انتشارات امیرکبیر، تهران، ۱۳۴۳، صفحه ۶۷۷.

ازمنه قدیم نخستین طبیب ایرانی «زرتاشه» نام داشته که ظاهراً مقام و منزلتی در سطح ایمهوتب در مصر و اسقلیوس در یونان داشته است. گرچه از سپیده دم تاریخ ایران، طب و طبابت در این مرز و بوم برقرار بوده، پسرزویه تنها طبیب پیش از اسلام است که از او زندگینامه‌ای برجای مانده است. نکته دیگری که لازم است در زمینه پزشکی پیش از اسلام گفته شود اینست که علی‌رغم همه پیشرفتهایی که در پزشکی حاصل گردید لیکن در آموزش کسالد شکافسی پیشرفتی پدید نیامد.

لازم به تذکر است، پزشکان ایران از دوره‌های باستانی تا قبل از رواج دانش نوین پزشکی در این کشور، از نظرات بقراط بزرگترین پزشک دنیای باستان متأثر بودند. وی که ۴۶۰ سال پیش از میلاد در یونان با به عرصه گیتی گذاشت معتقد بود که اجسام از ۴ عنصر آب، خاک، هوا و آتش ساخته شده‌اند که آنها را عناصر عام گویند. این ۴ عنصر یا با یکدیگر ترکیب می‌شوند یا متضاد با دیگری عمل می‌کنند. چنانچه آب در مقابل آتش قرار می‌گیرد یا با خاک آمیزش می‌یابد. به نظر بقراط عناصر چهارگانه از ۴ کیفیت برخوردارند: گرمی، سردی، رطوبت و خشکی و کلیه موجودات زنده ترکیبی از طبایع چهارگانه‌اند و عبارتند از صفرا، سودا، خون و بلغم.

پیشگامان طب اسلامی

همزمان با تسلط اعراب بر ایران که همه اهرمهای فتح و پیروزی در اختیار اعراب بود نه تنها توجهی به علوم تشد بلکه به تعدادی از مسازکر علمی، کتابخانه‌ها و گنجینه‌های علمی ایران و ممالک متصرفه صدمات و خساراتی نیز وارد گردید.

به طوری که در بحث پیش گفتیم، گندی‌شاپور در عهد ساسانیان، کانون مهم دانش پزشکی آمیخته از طب ایرانی، یونانی و هندی بود و در اوج رونق و پیشرفت قرار داشت. بنابر این طب ایرانی در میان مسلمانان، نخست به کوشش پزشکان ایرانی مکتب گندی‌شاپور راه رشد و پیشرفت را در پیش گرفت و در تقویت خصوصیات یونانی آن هم مؤثر واقع شد. از آن گذشته آثار و کسب بسیاری به عربی برگردانده شد و بدین ترتیب طب اسلامی که در حقیقت دنباله طب پیش از اسلام است پایه‌گذاری گردید و به سرعت رونق گرفت.

نکته‌ای که توجه به آن در اینجا ضروری است اینست که پس از پیروزی‌هایی که نصیب اعراب گردید و نیز گسترش سریع دین مسین اسلام و تشکیل قلمرو گسترده اسلامی، به تدریج زبان عربی جای زبانهای رایج دیگر به خصوص یونانی را گرفت و زبان علمی آن دوره گردید و تا اواخر عصر عباسی که زبان فارسی به عنوان یک زبان علمی رخ نمود ادامه داشت. از این رو همه مترجمان و مؤلفان به ترجمه و نقل و تألیف کتب و نوشته‌ها به عربی مبادرت ورزیدند. به دنبال این دگرگونی استعمال عبارت «طب عربی» به جای «طب اسلامی» رواج پیدا کرد و پزشکان و دانشمندان ایران و ملل غیر عرب که در بوجود آوردن این نهضت بزرگ علمی سهم بسزایی داشتند نادیده گرفته شدند.

استاد بزرگ پزشکی ایران که توانستند بعد از ظهور اسلام آثار طبی ازمنه‌ای به زبان عربی پدید آورند به ترتیب تاریخ عبارتند از: ابن ربین طبری

بهداشت فردی و عمومی و پیشگیری از بیماریهای واگیر گردید. بسا بر این کشفیات پزشکی یکی بعد از دیگری انجام گرفته و به عرصه جهانی بهداشت و درمان عرضه شدند.

علم پزشکی در ایران

پزشکی ایران که پیش از ۳ هزار سال پیش با مهاجرت آریاییها به سرزمین وسیع نجد ایران آغاز گردیده است، باید دانست که ۷۰۰ سال پیش از میلاد اثری از رخنه طب اقوام دیگر در پزشکی ایران مشاهده نمی‌شود. اما پس از آن تاریخ به علت گسترش کشور و نفوذ ایرانیان به قلمروهای دیگر، مسیادلات اقتصادی و علمی و فرهنگی میان ایران و چند تمدن غیر ایرانی نظیر مصر، هندوستان، یونان، بابل و آشور رواج یافته و بدین ترتیب طب مخصوص سرزمین ایران با پزشکی سایر ملل و همچنین با دلبستگیهای آنان به اوام و خرافات، اختلاط و امتزاج پیدا کرده است.

قدیمیترین آثار مربوط به بهداشت و درمان ایران باستان در کتاب دینی زرتشتیان یعنی «اوستا» دیده می‌شود. زرتشتیها توجه زیادی به بهداشت فردی و عمومی داشتند و آن را مقدم بر درمان می‌دانستند.

در دوره هخامنشیان (۵۵۹ - ۳۳۱ پیش از میلاد)، روحانیون در طب و طبابت دست داشتند. همچنین غالب پزشکان این سلسله در دربار خود پزشکان یونانی و مصری داشتند. با غلبه اسکندر مقدونی بر ایران (۳۳۱ پیش از میلاد) تمدن و پزشکی یونان در ایران نفوذ پیدا کرد. بعد از اسکندر جانشینان وی به رواج آن در ایران همت گماشتند. به طوری که آثار آن تا دوره اسلامی در سراسر ایران مشهود بود.

در دوره پادشاهی ساسانیان (۶۵۲ - ۲۲۴ میلادی) اعتقادات طبی زردشتی در ایران نفوذ فراوان یافت. به فرمان شاپور اول پادشاه ساسانی (جلوس ۲۷۲ - ۲۴۱ میلادی) آثار و مصنفات متعدد یونانی و هندی در رشته‌های طب، فلسفه و نجوم و غیره در گندی‌شاپور گردآوری شد. همچنین در زمان شاپور دوم بیمارستان و دانشگاه مهمی در گندی‌شاپور تأسیس گردید. خسرو انوشیروان (جلوس ۵۳۱ - فوت ۵۷۹ میلادی) گندی‌شاپور را توسعه و ترقی داد و در عهد همین پادشاه کتاب درسی در ۳۰ جلد درباره سموم تألیف گردید که تا دوره اسلامی باقی بود و بعدها ناپدید شد. از وقایع مهم پزشکی دوره انوشیروان ترجمه کتب به فارسی میانه، تشکیل شورا یا انجمن پزشکی و اعزام برزویه طبیب جهت تحقیق داروئی به هندوستان بود.

به طوری که از تاریخ پزشکی ایران روشن می‌شود که در دوره قبل از اسلام به‌ویژه در عهد ساسانیان، پزشکی این سرزمین با سرخورداری از روابط فرهنگی، سیاسی و اقتصادی ملل متمن، تحت تأثیر و نفوذ عقاید و نظرات آنها قرار گرفته و به تدریج خود صاحب مکتب خاصی در امور پزشکی و بهداشتی گردیده است.

شواهد دیگر نشان می‌دهد که بزرگترین مدارس پزشکی در ری، همدان و سایر شهرهای عمده دایر بود. پزشکانی که از این مدارس فارغ التحصیل می‌شدند یا جراح بودند که با چاقو بیماران را درمان می‌کردند یا پزشکان عمومی که با دارو و گیاهان شفا بخش مداوا می‌کردند. بنابر عقیده زردشتیها در

از طریق حذف و تکمیل تدریجی، طی سده‌های گذشته متناسب با فرهنگ، روش زندگی، آداب و رسوم و سنتهای مذهبی این مردم گسترش یافته یا این که شکلی نوین بر مبنای تجربه به خود گرفته است.

طب سنتی گیلان یا «گیل تجروبه»

گیله تجروبه که مجموعه‌ای از آگاهیهای پزشکی و تسخیرهای عملی و سنتها و باورداشتهای عامه را در خود جمع کرده قدمتی به بلندای عمر ساکنان این مرز و بوم دارد. در اینجا چند نمونه از طرز پزشکی و درمان و باورهای پزشکی متداول در آن زمان ارائه می‌شود و یادآور می‌گردد که برخی از آنها هنوز هم با اقبال عامه مردم روبرو است.

درمانها - برخی درمانها در گیل تجروبه بدین شرح بوده است:

دمل: برای درمان دمل و خارج کردن چرک، برگ کوبیده بارهنگ و زرده تخم مرغ و آرد گندم و کره را با هم ترکیب کرده و روی دمل می‌گذاشتند.

درد مفاصل: دانه گیاهی به نام ابرسک را سالیته و با گلاب مخلوط می‌کردند و برای تسکین درد روی مفاصل دردناک قرار می‌دادند.

استخوان درد: روی استخوان دردناک ضمادی از تریاک، گه گه و روغن بادام تلخ می‌گذاشتند.

شکستگی استخوان: روتاس خیس کرده را با زرده تخم مرغ و تریاک و نمک و فلفل و برنج نیم پز مخلوط نموده روی شکستگی استخوان می‌گذاشتند. سپس چند قطعه چوب را دور استخوان نهاده و با پارچه محل شکستگی را می‌بستند.

زگیل: تیره سفید رنگ درخت انجیر را روی زگیل می‌مالیدند. در این صورت زگیل رفته رفته کوچک شده و از بین می‌رفت.

دندان درد: کنگیر فلزی را داغ کرده، دانه و تخم پیاز را روی آن می‌ریختند تا دود کند. آنگاه دهان را با دود آن بخور می‌دادند.

کجلی: سر کجیل را بند انداخته و زفت می‌گذاشتند. طرز دیگر درمان کجلی بدین گونه بود که ماست و بساروت را مخلوط کرده و روی سر کجیل می‌گذاشتند.

ضیق مجاری ادرار: برای درمان ضیق مجاری ادرار دم کرده کاکل ذرت یا دم گیلان تجویز می‌کردند.

تیغ چک: جهت درمان خروسک، دفع درد شکم، رفع نفخ و نظیر آنها، ناحیه ملاح سر را تراشیده با تیغ یا چاقوی نیز یک ضربدر (X) می‌زدند. همین کار را روی شکم بیمار نیز انجام می‌دادند.

بادکش: برای آرام کردن دردهای کمر، ناراحتیهای عصبی، درد پهلو، درد کلیه و بیماریهای حاد ریوی از بادکش استفاده می‌شد. به عنوان بادکش، از ظرف تیشه‌ای کوچک دهان گشاد، کوزه و یا شاخ استفاده می‌شد.

بخور: برای درمان برخی از بیماریها نظیر سرماخوردگی و تب، سه پایه آهنی را داغ کرده و شخص بیمار را جلوی آن می‌نشاندند. آنگاه یک چادر کلفت و ضخیم و یا لحاف روی سر بیمار و سه پایه داغ می‌انداختند. سپس روی سه پایه آب می‌ریختند. بخار بلند شده را مریض استشاق کرده و بهبودی حاصل می‌کرد.

نوع دیگر بخور «کوئی بوغ» یا کندوی حلوائی پخته شده بود. چادر کلفت یا

که نخستین اثر پزشکی مهم جهان اسلام تا عهد خود را به نام «فردوس الحکمه» در ۲۳۶ هجری قمری تألیف کرد، زکریای رازی (۳۱۳-۲۵۱ یا ۲۳۲ ه. ق) طبیب دانشمند مشهور و مؤلف «الحاوی» که قرن‌ها به عنوان دایرة المعارف پزشکی به شمار می‌رفته است و تعداد تألیفات او را حدود ۲۵۰ کتاب و رساله نوشته‌اند. مجوسی اهوازی (۳۸۴-۳۳۸ یا ۳۱۸ ه. ق) مؤلف کتاب «کامل الصناعه الطیبه» یا «طب ملکی» ابوعلی سینا (۴۲۸-۳۷۰ ه. ق) دانشمند بزرگ و عالیقدر و مؤلف «کتاب قانون» که تا اوایل قرن اخیر در مدارس پزشکی جهان تدریس می‌شده است. و بالاخره سید اسماعیل جرجانی (۵۳۱-۳۳۴ ه. ق) پزشک و داروشناس مشهور ایران که چندین اثر به زبان عربی نگاشته و کتاب معروف «ذخیره خوارزمشاهی» را به زبان فارسی تألیف کرده است.

در حمله مغول بسیاری از آثار علمی و کتب پزشکی ناپود شد و تعداد کبیری از دانشمندان و پزشکان ایرانی کشته شدند. یکی از پزشکان معروفی که در هجوم مغول کشته شد، نجیب‌الدین سمرقندی (۶۱۹ ه. ق) بود. مشهورترین اثر وی کتاب «الاسباب والعلامات» در علم طب و فن معالجه است. دیگر از پزشکان معروف این دوره قطب‌الدین شیرازی (فوت حدود ۷۱۶ ه. ق) دانشمند و پزشک مشهور و صاحب کتاب پزشکی «تحفه السعده» و رشیدالدین فضل‌الله (۷۱۸-۶۴۵ ه. ق) پزشک و سیاستمدار مشهور این دوره است که در طول ۲۲ سال وزارت و طبابت خدمات بزرگی انجام داد و ۳ بیمارستان در تبریز و همدان و شیراز ساخت.

از پزشکان مهم دیگری که در زمان مغول برخاست حکیم برهان‌الدین نفیس بن عوض کرمانی معروف به نفیس بن عوض بزرگترین پزشک قرن نهم هجری قمری است. وی در کرمان می‌زیست ولی به دستور الغ بیگ تیموری به سمرقند رفت و مدتها در آنجا مرجع پزشکان اسلامی بود. از آثار مهم وی «موجز القانون» معروف به «شرح نفیسی» است.

از کتب مهم دوره مغولی کتاب «الشریح بالتصویر» (کالبدشناسی مصور) است که توسط منصورین محمد بن احمد بن یوسف بن الیاس به زبان فارسی تألیف گردیده و قدیمی‌ترین رساله کالبدشناسی است.

سابقه پزشکی گیلان

از اوضاع طب و طبابت گیلان تا شروع فرمانروایی سادات امیرکیایی (۷۶۹ ه. ق) اطلاع درستی در دست نیست. البته از عبارت مذکور نباید چنان پنداشت که قبل از آن در گیلان از دانش پزشکی اثری نبوده و تنها در این عهد به یکباره جنبشی روی داده و علم درمان در گیلان با به عرصه وجود گذاشته است. بی‌تردید سرزمین گیلان که قرن‌ها قبل از تاریخ دارای تمدنی درخشان بوده از رموز حفظ سلامتی و تندرستی و شیوه‌های درمان بیماریها و باخواص گیاهان دارویی آشنایی داشته است. طب سنتی گیلان به نام «گیل تجروبه» و راز و رمزهای آن آگاهیهای عمیق اطبای قدیمی گیلان را در زمینه دارو و درمان نشان می‌دهد. از آنجا که سرزمین ایران در گذشته محل برخورد تمدنهای گوناگون بوده، لذا طب سنتی ایران و گیلان متأثر از فنون پزشکی یونانی، هندی، چینی، بابلی، آشوری، مصری، رومی و عرب بوده است. این مجموعه

لحافی بر روی بیمار کشیده در زیر چادر کدوی پخته شده داغ قرار می‌دادند. بخاری که از آن متصاعد می‌شد زکام بیمار را تسکین می‌داد. به‌دانه: برای نرم شدن سینه بیمار لعاب به دانه تجویز می‌کردند. بره موم: موم سیاه رنگی است که زنبور عسل قبل از تهیه «شان» و ساختن عسل، درزهای کندو را با آن مسدود می‌کند. مالش دادن و فشردن بره موم را در جهت به کار انداختن رگها و عضلات دست مفید می‌دانستند.

گاو دارو: سنگهای صغراوی تولید شده در کیسه صفراوی گاو را بسرای تقویت و چاق شدن به افراد لاغر می‌دادند. این دارو در عطاریها فروخته می‌شد.

ذیلاً چند نسخه پزشکی مربوط به سالهای ۱۳۱۶ و ۱۳۱۸ هجری قمری ارائه می‌شود:

نسخه اول - جهت درمان عرق بدن و بوی بد آن: خوردن به و همراه داشتن آن توصیه شده است.

نسخه دوم - درمان عرق بدن و بوی بد آن: صندل سرخ را سائیده با روغن گل سرخ به بدن بمالند.

نسخه سوم - درمان درد دندان: تخم (تخم نام یک گیاه بومی است) را در سر قلیان کرده بکشند.

نسخه چهارم - درمان درد دندان: میخک را سر قلیان کرده بکشند.

نسخه پنجم - تریاک را در محل گرم خوردگی بگذارند یا از دود آن استفاده کنند.

نسخه ششم - روغن چوب سفرجل (به) را گرفته با پنبه آغشته کنند و در محل درد دندان بمالند.

همچنین از این مواد نیز جهت رفع دندان درد استفاده می‌شد: پوست هلیله زرد، هلیله سیاه، گاه هندی، توتیای هندی، گلنار قارسی، رب انار، برگ هلو (اشنالی) و روغن شمشاد (کیش).

برای درمان سوختگیها از گل سرخ، صمغ عربی، کافور و سرکه و جو کوهی استفاده می‌کردند.

از گیاهان و مواد زیر هم به عنوان دارو استفاده می‌شد:

برگ نعنای، برگ نارنج یا خلال آن، گل ختمی، عرق کاستی، گنه گنه، سکنجبین، گل زوقا فلوسی، خاکسیر، ترنجبین، تخم کدو، عسل، روغن بادام، نخود و عدس، حنا، برگ سدر، مازو، وسمه، دانه خرمای سوخته، زاج سیاه، پوست انار، نوشادر، هلیله سیاه، سرکه سیاه و روغن زیتون.

علاوه بر آنچه که گفته شد از داروهای مخدر نیز برای تسکین درد و درمان بیماریها استفاده می‌شد. بیشتر پزشکان دستور غذا و پورهیز را نیز یادداشت می‌کردند.

اگر نسخه‌ای مؤثر واقع می‌شد آن را به همراه مشخصات بیمار نزد خود بایگانی می‌نمودند. گاهی هم نسخه‌های مفید و آموزنده حکمای دیگر را جمع‌آوری و نگهداری می‌کردند.^۴

گیلابها، طرز خوراک و پورهیز از آن را نیز در درمانها و پیشگیری از

بیماریها بکار می‌بستند. بدین صورت که معتقد بودند غذاهایی مسانند شیر، عسل، انواع مرباهای، ادویه، حلوبات، گوشت گوسفند و مرغ و شتر، خسرما، توت، نان، مغز گردو، کره و... اغذیه گرم و بعضی راه گرم خشک می‌دانستند. برعکس ماست، کاهو، خیار، هندوانه، آلو، ماهی، گوشت بزر، انگور، مرکبات، برنج، کدو، ازگیل و غیره را غذاهای سرد و مرطوب به شمار می‌آوردند.

بیماریهای نظیر حصه، سرخک، مخملک، یرقان، درد گلو، زخمهای دهان و سوزاک را بیماریهای گرم می‌خواندند. رماتیسم، دردهای مفصلی، دردهای عضلانی، بیماریهای کلیوی، بیماریهای گوارشی و تبهای توبه‌ای را امراض سرد می‌شمردند. برخی از آنها در مثلهای گیلکی هم دیده می‌شوند. چند نمونه از مثلهای مزبور عبارتند از:

«اگه خوانی بیمیری بی‌بها نه بوخور ماست و جوکول [پیاز] و هندوانه» یعنی اگر می‌خواهی که بدون بهانه و علت بعیزی، ماست و برنج سبز نارس یا پیاز و هندوانه را با هم صرف کن.

دیگر آن که «اینا خرما امرا گرمی کته و اینا مویز امرا سردی» یعنی: بسا خوردن یک دانه خرما دچار گرمی و یک دانه مویز دچار سردی می‌شود.

خرافات و بیماریها

از نشانه‌های بارز این عهد توجه مردم به خرافات و اوهام مسربوط به بیماریها و درمانها است. اعتقاد به تأثیر جن و پری و شیاطین و ارواح خبیثه در بیماریها و مداوای امراض توسط درختهای نظر کرده و همچنین باور به تأثیر ستارگان و نحوسر روزها و اشیاء از نظر سلامتی و بیماری در اذهان و افکار مردم رواج داشت. به لحاظ اهمیت موضوع ذیلاً برخی از اعتقادات را در زمینه بیماریها و درمان بیماران مورد مطالعه و توجه قرار می‌دهیم.

تأثیر جن و پری: مردم عادی تأثیر موجوداتی نظیر جن و پری (اوشانان^۵) را در سلامت و بیماری انسان باور داشتند. از این رو معتقد بودند موجودات مزبور شرور بوده و ایجاد مزاحمت می‌کنند و باعث بیماری و مرگ و اذیت و آزار آمیزاد به خصوص نوزادان و زنان زائو می‌شوند. بدین جهت برای مقابله با آزار آنها از چاقو، سوزن، سنجاق و لوح «بسم الله» استفاده می‌کردند. زیرا عقیده داشتند که جن و پری از این ابزار می‌ترسند و به لحاظ ایجاد ترس و وحشت در آنها غالباً در لباس خود ابزار مذکور و یا کلمه مقدس «بسم الله» را جای داده و هیچگاه از خود دور نمی‌کردند. بر اساس همین باور در قنடاق نوزادان و بر بالین زنان زائو چاقو و قیچی و نظائر آنها می‌گذاشتند.

اعتقاد به جن و جن‌زدگی در میان مردم تا آنجا نفوذ یافته بود که عامه مردم به ویژه ساکنان روستاها، چه مرد و چه زن، هرگاه شب هنگام از مکان تاریک یا خلوت می‌گذشتند به همراه خود سوزن یا سنجاق داشتند تا جن‌زده نشوند. همچنین عوام بر این باور بودند که جن و پری شب هنگام و در تاریکی آن در رودخانه آب تنی می‌کنند بدین جهت تا آنجا که مقدور بود از کنار رودخانه

۵. واژه اوشانان در گویش گیلکی به معنی جن و پری است.

۴. سرزمین و مردم گیل و دیلم، محمدتقی میرابوالقاسمی، کتابفروشی طاهری، رشت، ۱۳۵۶، صفحه ۹۲ - ۸۸ و جاهای مختلف.

عبور نمی‌کردند و اگر مجبور به این کار بودند نام خدا را بر زبان می‌آوردند و بعد عبور می‌کردند یا سوژن و سنجاقی به یقهٔ کت خود می‌زدند.

آل (آله زناي) را دشمن سرسخت زانو و نوزادش می‌دانستند بدین جهت زانو و نوزاد را در شبهای اول تنها رها نمی‌کردند. به نظر آنان «آله زناي» زنی است بلند قامت بدون بینی ولی یا موهای بسیار بلند پیچیده شده که تا پشت پاهایش امتداد پیدا کرده و آنها را پوشانده است. پستانهایش به قدری طویل و افتاده است که به ناچار آنها را روی شانه‌هایش می‌اندازد. او معمولاً با شکل و شمایل زن همسایه یا یکی از آشنایان به‌در خانهٔ زانو می‌آید و در صورت تنهایی زانو، به وی ملحق شده و موجبات مرگ زانو و نوزادش را فراهم می‌سازد! چون مردم غل واقعی مرگ و میر زنان زانو و نوزادان را نمی‌دانستند، از این رو آن را به جن و پری نسبت می‌دادند زیرا مسرگ زنان جوان و کسودگان نمی‌توانست بدون غلت باشد.

اگر فردی در اثر ابتلا به صرع، غش می‌کرد، قرآن به دست دور غش کرده می‌چرخیدند و با جاقق دور بیمار را خط می‌کشیدند که اجته ترسیده و از خط به سوی بیمار نرود. اگر فرد صرعی کودکی بود هنگام پدر و مادرش حق لمس کردن جسم فرزند خویش را نداشتند چون معتقد بودند که بیمار برای همیشه فلج خواهد شد. بر اساس همین باورها در مذهبهای گیلکی آمده که «فلانی دعوتایی... دو تایی» یعنی فلانی باید با دعا مداوا شود، دارو و درمان پزشکی کارساز نیست.

برای تسکین سرفه‌های مزمن کودکان، آنان را نزد گالی‌گیر می‌بردند. گالی‌گیر هم با انجام عملیاتی ظاهر آشغال یا خرده آشغالی را از حلق بیمار بیرون می‌آورد.

چشم زخمها: برای احتراز از آسیب دیدن از چشم، بد دعوتی را روی کاغذ نوشته و در جلد چرمی یا پارچه‌ای قرمز می‌دادند و آن را غالباً به گردن و یا بازوی بیمار می‌بستند. باید دانست تعویذ منحصر به انسانها نبود بلکه در گذشته آن را در مورد حیوانات اهلی مهم و مفید مانند گاو شیرده، گوساله، اسب و مادیان و چهارپایان و پرندگان دست‌آموز و تربیت یافته نیز به کار می‌بستند. گاهی نیز تعویذ مورد نظر از اندامهای حیوانات وحشی مانند گراز و کفتار و شغال و غیر آنها تهیه می‌گردید. مثلاً دندان گرگ (گرگه گاز) را طلا گرفته و به قنداق نوزاد یا به یقه نوزاد سنجاق می‌کردند. یا «اسبه دعا» تعویذی بود که آن را در جلد چرمی جای داده و به گردن اسب مورد نظر خود می‌بستند تا بدین وسیله چشم زخم و بلا را زائل سازد. در گویش گیلکی مثلی هست که می‌گوید: «انی چوم آزاد داره تابده» یعنی چشم او درخت آزاد را می‌اندازد.

دعا درمان: نمونه‌های فراوانی از اعتقادات مربوط به بیماری و درمان در گیلان رواج داشته است. مثلاً اگر از مداوای سنتی بیمار نتیجه نمی‌گرفتند و ناامید می‌شدند به ائمه اطهار و اماکن متبرکه و دعوتویس متوسل می‌شدند و به هر چیز امید دهنده و آرامش بخش دست می‌زدند.

در هر محلی چند دعوتویس یافت می‌شد. بیماران بسا مسراجعه به این

دعوتویسها که گاهی در نقطه دوردستی سکونت داشتند، دعا می‌گرفتند و آن را به گردن می‌آویختند.

گاهی برای شفای بیمار، نذر و نیاز می‌کردند. اگر بیمار دختر بود، نذر می‌کردند که پس از بهبودی، او را به عقد ازدواج سید جلیل القدری در آورند. گاهی هم اتفاق می‌افتاد که صاحبان دختر بیمار، به سراغ سید مورد نظر رفته دختر نذری را از او می‌خریدند. در مورد بیماران مرد نذری نقدی و غیر نقدی نظیر گاو و گوسفند و روغن و کره معین می‌کردند و پس از بهبودی بیمار، ادای دین می‌نمودند. یا نذر می‌کردند که کفش و لباس یکی از سادات جلیل القدر را در مدت یک سال تأمین کنند.^۸

تب رشته: برای درمان تب، رشتهٔ بساریکی از شمال سبز شخص سید را بریده و پس از خواندن دعا و فوت کردن به آن، رشته را به عنوان تپهر و به نام «تبه دانه» به مع دست بیمار می‌بستند. بعد از آن که بیمار سلامتی خود را باز می‌یافت، آن رشته را در آب روان رها می‌کردند. دیگر آن که به ریسمان خاصی که توسط یک دختر نابالغ رسیده شده بود افسون و دعا می‌خواندند و به آن چند گره می‌زدند سپس آن را به گردن بیمار می‌آویختند.

درختهای نظر کرده (آقا دارها): درختهای آزاد که در همهٔ جنگلهای شمال ایران می‌رویند، در اطراف مساجد و بقاع متبرکه نیز به فراوانی وجود دارند. این درختها بسیار بلند و تنومند و طویل‌العمر هستند. عامه مردم بر این باورند که هر درخت آزاد (آزاد دار) در کنار یک بقعه نشانهٔ هوسر مرد مقدسی است که در آن مکان مدفون می‌باشد. بر اساس این باور درختهای آزاد را متبرک و نظر کرده دانسته، تحت هیچ شرایطی حتی شاخ و بال آنها را قطع نمی‌کنند. به این درختها که آقادر نامیده می‌شوند، بیماران و حاجتمندان برای برآوردن حاجات خویش دخیل می‌بستند. بدین صورت که تکه پارچه یا ریسمانی به شاخه و تنهٔ آزاد دار بسته تمای درمان دردها و رفع حاجات می‌کردند. این باور هنوز هم کم و بیش دیده می‌شود.

«قولنج دار» نیز برای تسکین عضو قولنج گرفته کاربرد درمانی داشت. رسم بر این بود که در شب چهارشنبه سوری درخت درمان قولنج (قولنج دار) را طی تشریفات خاصی می‌کشند و بعد از آن که درختچه تبدیل به درخت می‌شد، عضو قولنج گرفته را به آن می‌مالیدند تا بهبودی حاصل نماید.

چشمه‌های شفا بخش (لاله آب): آب برخی از چشمه‌های گیلان، به عقیدهٔ مردم این سامان نظر کرده بوده و شفا بخش هستند. البته استفاده از آب شفا بخش چشمه‌ها رسم و رسوم خاص دارد. مثلاً شخصی که آب را از چشمه شفا بخش برای بیمار می‌برد به طور کلی باید با کسی حرف نزنند و گریته آب خاصیت درمانی خود را از دست خواهد داد. به همین جهت آب مزبور، آب لال (لاله آب) نامیده می‌شود.

بقاع شفا بخش: خوابیدن در بقعه‌ها و نذر و نیاز و بستن دخیل برای درمان امراض و رفع حاجات در گذشته مرسوم بود که هنوز هم جاری است. در گیلان هر بقعه به معالجهٔ یک نوع بیماری اختصاص داشت. مثلاً بیماران مبتلا به

۶. آله زناي (آله زناك)، در گویش گیلکی به آل گفته می‌شود. آلی که از جنس مؤنث است.
۷. گرگه گاز، در گویش گیلکی به دندان گرگ گفته می‌شود.

۸. آبپها و باوردنهای گیل و دیلم، محمود پاینده، انتشارات بنیاد فرهنگ ایران، تهران ۱۳۵۵، صفحه ۲۳۶ و جاهای مختلف.

دردهای ناشی از «باد» درد مفاصل و برخی بیماران عصبی و صرعی به «باد بوقعه» متوسل می‌شدند. کارلا سرنا در سفرنامه خود در زمینه کشتار طاعون سال ۱۲۹۴ هجری قمری و توسل مردم به امامزاده‌ها چنین می‌نویسد: «در کمتر از چهار هفته جمعیت به یک دهم تنزل کرد و شهر رشت خواه بر اثر کشتار بیماری و خواه بر اثر فرار مردم خالی از سکنه شد... مرض به زودی به اطراف شهر رسید و به خصوص در دهاتی که مرقد امامزاده‌ای بود کشتار زیاد کرد. زیرا یومیان گروه گروه به زیارت این امامزاده‌ها رفته بودند تا در پناه آنان از بیماری مصون بمانند... من در یکی از تعزیه‌ها که به منظور دعا برای طاعون‌زدگان برپا شده بود تا خداوند از آنها رفع بلا کند شرکت کردم.»^۹ به طوری که پیش از این گفته شد، خوابیدن در بقاع مشربه برای درمسان دردها از زمان معالجه در معابد به یادگار مانده است. در آن ایام، بیماران از هر سو به معابد روی می‌آوردند و پس از آن که به وسیلهٔ روزه گرفتن و قریانی کردن به پای مجسمه خدایان تزکیه نفس می‌شدند اجازهٔ دخول به معابد پیدا می‌کردند و در آنجا به وسیله روحانیون تحت درمان قرار می‌گرفتند.

در زمان ما، این پندارها و معتقدات با آن که طرفداران زیادی ندارد، ولی هنوز هم کم و بیش رایج است.

پزشکی گیلان در دورهٔ سادات امیرگیانی

تاریخ گیلان و دیلمستان که به سال ۸۸۱ هجری قمری توسط سیدظهیرالدین مرعشی نگاشته شده نکاتی را در مورد گذشتهٔ دانش پزشکی در گیلان روشن می‌سازد. از آنچه در این سند تاریخی آمده می‌توان دریافت که پزشکی رایج در سرزمین گیلان همان طب قدیم یا طب سنتی و به گویش گیلکی «گیل تجروبه» متأثر از طب بقراطی و جالینوسی و همچنین «حماوی» رازی و «قانون» ابن سینا بوده است. مثلاً در جنگها به تیر خوردگانی که پسیکان در بدنشان باقی مانده بود ابتدا نوعی شربت می‌دادند و سپس جراحان دست بکار شده و پیکانها را از تن زخمی بیرون می‌کشیدند. ظاهراً برای آن که مجروح در طول عمل جراحی احساس درد نکند از شربت آمیخته به مواد مخدر استفاده می‌کردند. برای التیام زخم از مرهم استفاده می‌نمودند و داروهای خوراکی نیز تجویز می‌کردند. سید ظهیرالدین در همین زمینه در ذکر لشکرکشی امیر علاءالدین به سال ۸۲۰ هجری قمری چنین می‌نویسد: «کسانی را که زخمی شده بودند، جراحان ماهر را که بر سر کرده بفرمودند تا هر که را پسیکان مانده باشد، بیرون آورند و به مرهم اشفاق و عنایت آن برویانند و مسجوع مجروحان را علی قدر مراتب جراحتم شربت و مرهم بها دادند و در هر باب عدل را رعایت کردند»^{۱۰}

به گفتهٔ سید ظهیرالدین در گیلان مخصوصاً در درگاه امرای محلی گیلان اطبای حاذقی به طبابت اشتغال داشتند، چنان که وی در مورد مداوای یکی از بزرگان زمان خود می‌نویسد: «... و جناب اکمل المتأخرین و افضل المتبحرین

جالینوس زمان و ابقراط دوران مولانا مططب که در فن خود نظیر نداشت، روز و شب در معالجه قیام می‌نمود. و سایر اطباء که هر یک در آن زمان خود از حکمای دوران در طبابت سبق برده بودند، آنچه دانستند تقصیر نمی‌کردند»^{۱۱} و در جای دیگر این تاریخ نفیس به سزشکی علمی و عملی طبیب فاضل و دانشمندی به نام مولانا نعمت‌الله طبیب اشاره کرده می‌گوید: در این سال جناب افضل المتقدمین واعلم المتأخرین مولانا نعمت‌الله طبیب خلد فضله و کمالاته در علوم متداوله علامهٔ دوران و اعجوبهٔ زمان بود، به تخصیص در علم طب که در آن فن از علمی و عملی نفس مسیحا و ید بیضاه رغبت نمود که... به رودخانه‌ای که مشهور و ملقب است به شیمرو در گذر شهر لاهیجان [لاهیجان] مبارک پلی از خشت و سنگ و آهک بفرمایند»^{۱۲}

در عصر صفویه (۱۱۴۸ - ۹۰۷ ه.ق) دانش پزشکی در ایران پیشرفت قابل توجهی حاصل نکرد. اطبای این عصر بی‌خبر از تحولات علمی و صنعتی غرب کار خود را به روال گذشته ادامه می‌دادند. از سوی دیگر در این دوره گروهی از پزشکان که سنی مذهب بوده و به آیین شیعه تن در نمی‌دادند و یا این که در اثر سختگیریهای حکام صفوی عرصهٔ اقامت و رفاه را در ایران تنگ می‌یافتند به قلمرو دولت عثمانی و سرزمین هند و یا دربار سایر پادشاهان پناه بردند. معروفترین پزشکانی که ترک دیار ایران کردند و در هند اقامت گزیدند عبارتند از: یوسف بن محمد یوسف مؤلف «فوائد الاخبار»، «علاج الامراض» و «طب یوسفی»؛ نورالدین محمد عبدالله بن حکیم عین الملک شیرازی مؤلف «الفاظ الادیبه» و «طب دارالشکوه»؛ میرمحمد ارزانی بن میر حاجی مقیم معروف به شاه ارزانی صاحب «طب الاکبر» یا «طب اکبری»، «میزان الطب»، کتاب «مجربات» در باب داروهای مرکب و کتاب «قربابادین قادری»؛ حکیم ابوالفتح گیلانی و برادرانش حکیم نورالدین محمد و حکیم همادالدین داروشناسی در دورهٔ صفویه تا حدودی پیشرفت کرد و در این پیشرفت نقش پزشکان و داروشناسان گیلانی را نباید نادیده گرفت. از داروشناسان معروف این زمان باید حکیم محمد مؤمن تنکابنی دیلمی مؤلف «تحفة المؤمنین» و حکیم مظفر بن محمدحسین شفقانی اصفهانی مؤلف «طب شفقانی» یا «قربابادین شفقانی» را نام برد. این اثر در سال ۱۶۸۱ میلادی تحت عنوان «فارماکوپوتاپرسیکا» Pharmacopoea Persica در پاریس به زبان فرانسه ترجمه و منتشر شد.

گیلان در دورهٔ شکوه و جلال خان احمد گیلانی از گانو نه‌های شعر و ادب و موسیقی و طب و هیئت و نجوم بود. پزشک مشهور دربار شاه طهماسب حکیم حسین شیرازی ملقب به کمال‌الدین که به سبب شرب مسکرات از دربار صفوی اخراج شده بود به درگاه خان احمدخان پناه برد و تا زمان وفات در این درگاه به احترام زندگی کرد. یکی از پزشکان معروف درگاه خان احمد که مدتها صدارت گیلان را بر عهده داشت و هنگام افول شوکت خان احمد به زندان شاه طهماسب افتاد و عمر خود را در زندان سپری کرد حکیم عبدالرزاق

۹. تهران، ۱۳۶۲، صفحه ۲۱۷.
۱۱. همان کتاب، صفحه ۲۶۴، ۲۶۵.
۱۲. همان کتاب، صفحه ۴۴۲.

۹. مردم و دینداریهای ایران، کارلا سرنا، ترجمهٔ غلامرضا سمیع، نشر نو، تهران، ۱۳۶۳، صفحه ۳۳۸، ۳۴۲.
۱۰. تاریخ گیلان و دیلمستان، سید ظهیرالدین مرعشی، به کوشش منوچهر ستوده، انتشارات اطلاعات،

بود.

پسران حکیم عبدالرزاق یعنی حکیم مسیح‌الدین ابوالفتح، حکیم همام‌الدین و حکیم نورالدین (حکیم قراری) چون در گیلان عرصه زندگی را بر خود تنگ یافتند و همچنین احساس غبن و رنجش می‌کردند به عراق و خراسان و سپس به هند پناه بردند. از قرار معلوم در سال بیستم از پادشاهی جلال‌الدین اکبر شاه (۹۸۳ هـ. ق) در دربار آن پادشاه پذیرفته شده و در همانجا ماندگار شدند. از میان فرزندان حکیم عبدالرزاق، حکیم مسیح‌الدین ابوالفتح نفوذ بسیار داشته و از حامیان بزرگ شاعران و ادیبان و علماء گیلانی و ایرانی در دربار هند بوده است. یکی از پسران حکیم عبدالرزاق به نام حکیم لطف‌الله نیز بعد از ورود برادرانش، بدان سرزمین رسید اما دیری نپایید که درگذشت. علاوه بر آنها، یکی دیگر از پزشکان سرشناس گیلانی قرن بازمه، نظام‌الدین احمد گیلانی معروف به حکیم‌الملک نظام‌الدین احمد گیلانی است که در هند در خدمت قطب شاهیان گلنده به سر می‌برد. حکیم‌الملک معاصر سلطان عبدالله (۱۰۲۰-۱۰۸۳ هـ. ق) بود و در درگاه وی مسی‌زیست. از آثار مشهور او «اسرارالاطباء» در شناخت داروهاست که به زبان فارسی و به نام سلطان عبدالله تألیف شده است. اثر دیگر این پزشک بزرگ گیلانی به زبان فارسی کتاب «درمان بواسیر» می‌باشد.

از میان سایر پزشکان گیلانی که در خارج از گیلان درخشیدند و خدماتی انجام دادند یکی حکیم ابونصر گیلانی است. وی که پزشک دربار شاه طهماسب بود متهم به مسموم کردن شاه گردید و به دستور شاه اسماعیل دوم کشته شد. دیگر از پزشکان معروف گیلانی در عهد شاه عباس اول، کمال‌الدین گیلانی (کمال‌الدین افضل بن یسحی گیلانی) است. از وی کتایی در داروشناسی به نام «جامع‌الجموع» در چهل فایده باقی‌مانده که در آن انواع داروهای مفرد و مرکب و طریق آماده کردن و استعمال آنها شرح داده شده است.

دانش پزشکی در گیلان در اواخر قرن دهم هجری قمری به هنگام فرمانروایی خان احمد گیلانی، علی‌رغم سختگیریهای حکام صفوی در راه ترقی و تعالی گام نهاده و دارای وجهه و اعتبار والای گردید. به طوری که آن را هم ردیف شیراز و به قولی در سطح بغداد و دمشق دانسته‌اند.

پزشکی نوین در گیلان

پزشکی گیلان تا صدارت میرزا تقی خان امیرکبیر (۱۲۶۴ هـ. ق) که باید آن را آغاز نهضت واقعی پزشکی نوین ایران به شمار آورد، همان طب سنتی و قدیمی بود. علی‌رغم رونق شکفت‌آوری که در پزشکی اروپا پدید آمده بود و پیشرفتهای مهمی که در زمینه شناخت بیماریها، ساختن داروها و لوازم و تجهیزات پزشکی حاصل شده بود، در گیلان و در سطح ایران هیچگونه تشکیلات بهداشتی و درمانی و آموزش پزشکی رسمی وجود نداشت.

نهضت واقعی پزشکی نوین بعد از سفرهای میرزا تقی‌خان امیرکبیر صدراعظم نامی ایران به روسیه و عثمانی آغاز شد. مشاهده پیشرفتهای شکفت‌انگیز علمی و فنی تأثیر مهمی در امیرکبیر گذاشت. وی طسی این مسافرتها دریافت که تنها راه آشنا ساختن مردم ایران به علوم و فنون جدید

ایجاد مدارس عالی به سبک اروپا و تأسیس تشکیلات بهداشتی و درمانی و آموزشی منسجم است و با چنین اندیشه‌ای دارالفنون را تأسیس کرد. همانطور که ذکر گردید تا این تاریخ در گیلان نیز مانند سایر نقاط ایران مکتب و مدرسه پزشکی خاصی وجود نداشت. آموزش پزشکی منحصر به خواندن «شرح اسباب نفیسی»، «قانون»، «حساوی» و دیگر آثار قدما بود. شاگردان پزشکی بدون داشتن معلومات و اطلاعات کافی در زمینه علوم جدید نظیر زیست‌شناسی، شیمی و فیزیکی پس از چندی حضور یافتن در نزد استادان فن یا محکمه حکمای پزشکی و خواندن کتب طبی متداول و همچنین کارآموزی و کسب تجربه مختصر خود را از طبیب نامیده به طبابت می‌پرداختند. البته در میان آنان اطباء فاضل و دانشمندی هم وجود داشتند.

برای فراگرفتن فن داروسازی هم مدرسه و دانشکده‌ای نبود. افرادی که نزد اساتید یا عطارها مدتی شاگردی نموده و پس گسبانان داروشناسی مختصری پیدا می‌کردند به کار ساختن و فروش دارو می‌پرداختند. انواع حب و شربت و معجون و مرهم و سایر داروهای قدیمی در منازل یادگانهای عطاری با وسایل و لوازم بسیار ابتدائی تهیه می‌شد. داروها به وسیله حکمای سنتی تجویز می‌گردید و توسط عطاران در اختیار بیماران قرار داده می‌شد. علاوه بر آن خود عطاران نیز گاهی طبابت می‌کردند و اطباء سنتی هم در کنار طبابت، عطاری می‌نمودند. در واقع هیچ رادع و مانع و مرزی مانند امروز، میان طبیب و داروساز وجود نداشت. نگاهی به دارو و درمان در شهرهای مختلف گیلان نشان می‌دهد که هنوز هم تعدادی از فروشندگان داروهای گیاهی در کار درمان دخالت دارند و گروهی از بیماران را به خود جلب می‌کنند.

در گذشته جراحیهای کوچک نظیر شکافتن دمل، عمل ختنه و کشیدن دندان و غیره توسط سلمانها انجام می‌شد. دلاکها علاوه بر کیه‌کشی، قصد و حجامت هم می‌کردند. کار قابلگی و مامائی به عهده زنان مخصوصاً زنان سالخورده بود که در کار خود معلومات و اطلاعات کافی نداشتند و فقط در زایمانهای طبیعی به زانو کمک می‌کردند و در زایمانهای سخت و غیرطبیعی قادر به انجام هیچ کاری نبودند.

ناصرالدین شاه قاجار برای آن که تحولی در وضع طبابت و تحصیل طب بوجود آورد، «دکتر کلوه» پزشک مخصوص خود را مأمور کرد تا عده‌ای را نزد خود پذیرفته و به آنان طب نوین تعلیم دهد. او همچنین به وی دستور داد امتحاناتی برای اطباء ترتیب داده و به آنان جواز طبابت داده شود. در این ایام طب نوین اروپائی تازه به ایران راه یافته بود و اطباء ترنگی و ایرانی تحصیل کرده در کشورهای اروپائی در ترویج آن می‌کوشیدند. از این رو بین پیروان طب جدید و طب سنتی قدیم اختلاف نظر وجود داشت که گاه به مشاجره می‌انجامید.

در آغاز کار دارالفنون، رشته طب دارای ۲۰ شاگرد پزشکی بود. دو تن از پزشکان خارجی، یکی دکتر پولاک Polak و دیگری دکتر فسوکاتی Focatti تدریس پزشکی و داروسازی را به عهده داشتند. «اولین کالبدشکافی در ایران به وسیله دکتر پولاک به سال ۱۲۷۰ هجری (۱۸۵۴ میلادی) روی جنازه یک نفر اروپائی که مرگ او مظنون به نظر می‌رسید انجام گرفت. در سال ۱۲۹۰ هجری قمری که ناصرالدین شاه از مسافرت فرنگستان مراجعت نمود دستور

ادامه داشت تا این که «مجلس حفظ الصحة» در سال ۱۲۸۴ شمسی در تهران تأسیس گردید. تشکیلات این نهاد در گیلان به چند نفر آبله کسوب و مسامور بهداشتی محدود می شد که ظاهراً وظیفه آنها آبله کوبی، پیشگیری از بیماریها و گزارش انتشار آنها در مواقع لزوم بود.

بیمارستان آمریکایی رشت

دولت آمریکا از اوایل قرن نوزدهم بر آن شده که از طریق روابط فرهنگی و انجام خدماتی در زمینه فرهنگ و بهداشت در کشورهای خاور دور و خاورمیانه نفوذ کند. برای تحقق این هدف هیئتهای مختلفی به کشورهای مزبور اعزام شدند. از جمله یک هیئت آمریکایی که در آن دکتر برکینز و دکتر گرانث عضویت داشتند به سال ۱۲۵۰ هجری قمری (۱۸۳۴ میلادی) در ارومیه به فعالیت پرداختند و خدماتی در زمینه امور پزشکی و بهداشتی و آموزشی انجام دادند. در تهران نیز یک هیئت پزشکی به سال ۱۳۱۰ هجری قمری بیمارستان آمریکایی را بنیاد نهاد.

فعالیتهای بهداشتی و آموزشی آمریکاییها از هر جهت به نفوذ بیشتر این کشور در ایران کمک کرد. زیرا آنها توانسته بودند به تدریج حوزه فعالیت خویش را در دیگر شهرهای شمالی و غربی ایران مسانند متشنه، رشت، کرمانشاه و سنندج گسترش دهند.

خدمات پزشکی هیئتهای بهداشتی و آموزشی آمریکا در رشت از سال ۱۲۸۴ شمسی (۱۹۰۵ میلادی) آغاز گردید. ظاهراً سیهدار گیلانی فتح الله اکبر (سردار منصور)، از سفارت آمریکا در تهران خواست تا ترتیب اعزام یک پزشک را برای خدمت در رشت بدهد. این درخواست با استقبال مقامات آمریکایی که خواهان گسترش نفوذ خود در شمال ایران بودند روبرو گردید. لذا دکتر فریم Dr. J.D. Frame، طبیب و جراح آمریکایی از سوی دولت آمریکا به رشت اعزام گردید.

دکتر فریم در سال ۱۲۸۴ شمسی وارد رشت شد. در بند ورود به این شهر خانه وسیعی را در خیابان چراغ برق تهیه کرده و کار درمان بیماران را آغاز نمود. دیری نپایید که در مانگاه و بیمارستانی را به نام «بیمارستان دکتر فریم آمریکایی» در رشت بنیان گذاشت و بدین ترتیب اولین بیمارستان گیلان برای درمان اهالی با استفاده از دانش نوین پزشکی در گیلان بوجود آمد. این بیمارستان افزون بر ۶۰ سال در خدمت مردم گیلان بود.

انجمن حفظ الصحة

هم زمان با نهضت مشروطیت که مجاهدان گیلان در آن نقش بسیار مهم داشتند، سراسر گیلان زیر نفوذ مشروطه خواهان قرار گرفت. آنها در زمینه های مختلف مخصوصاً فرهنگ و بهداشت به اقدامات قابل توجهی دست زدند. از جمله این اقدامات تأسیس انجمن حفظ الصحة جهت بسط و توسعه امر درمان و بهداشت بود که با شرکت چند تن از معروفترین پزشکان خارجی و ایرانی به

داد به سبک آنجا بیمارستانی ایجاد نمایند. برای اولین بار یک مریضخانه دولتی (فلاً بیمارستان سینا) توسط مرحوم ناظم الاطباء تأسیس شد که خود او تا سال ۱۲۹۸ ریاست بیمارستان را به عهده داشت.^{۱۳}

یابد دانست که فارغ التحصیلان رشته پزشکی دارالفنون از عنوان «دکتر» استفاده نمی کردند و این عنوان مخصوص اطباء بود که در ارومیه تحصیل کرده بودند. علاوه بر آن، برخلاف امروز کلمه دکتر بعد از اسم شخص ذکر می گسردید مثل «میرزا رضا دکتر».

به طور کلی تا زمان سلطنت ناصرالدین شاه مسئله بهداشت و انتظام امور پزشکی مورد توجه حکومت نبود. در گیلان همچون سایر نقاط ایران تشکیلات پزشکی و بهداشتی دولتی وجود نداشت و فقط در برخی از شهرهای بزرگ اختصاصی تحت عنوان «حافظ الصحة» مأمور رسیدگی به امور طبی و صحت عمومی بودند که آنها هم کار مفیدی انجام نمی دادند.

بیماری خانمانسوز آبله کشتار می کرد. افرادی که از این بلای مهلک جان سالم بدر می بردند غالباً دچار نقص عضو می شدند و داغ آبله روی بدن آنان به خصوص صورتشان برای بقیه عمر باقی می ماند. مالاریا (تب توبه) در همه جا رایج بود و بدین ترتیب توان کاری جامعه تحلیل رفته و سلبیده می شد. همین طور بیماری سل، این جرثومه بسیار خرد و خفیف طی قرون و اعصار به طرق مختلف مردم این سامان را تهدید به مرگ می کرد. از همه مهمتر وبا و طاعون (مرگ سیاه) چون سیل بی مهار، بنیانهای زندگی مردم را ازجا می کشند و چون سواران لگام گسیخته به جان ساکنان مظلوم این مرز و بوم افتاده و گاهی عده کثیری را به کام مرگ می کشانند و گورستانها را از قربانیهای خود لیریز می نمودند. مثلاً حکایت می کنند که طاعون سال ۱۲۰۹ هجری قمری جمعیت حدود ۷۰ هزار نفری رشت را چون امواج سهمگین و مخرب به نیستی و نابودی کشانید. به طوری که بعد از فروکش کردن این طوفان فراگیر جز شهبی از شهر باقی نمانده بود.

جرج. ن. کرزن نماینده روزنامه تایمز در سفر خود به ایران (سائیز ۱۸۸۹ میلادی)، گیلان را گورستان اروپائیان به شمار آورده می گوید: «گیلان گورستان آن عده از اروپائیان گردیده است که تقدیرشان توقف در آنجا بوده است. در پنجمین سفر هیئت کمیانی انگلیسی مسکوی در شمال ایران در سال ۱۵۷۴ - ۱۵۶۸ (۹۸۲ - ۹۷۶ هجری قمری)، در ظرف پنج هفته پنج تن از متصدیان آن وفات کردند و دو نفر هم به قتل رسیدند... موقعی که التون و هنوی تجارت انگلستان را از طریق دریای خزر در قرن هجدهم احیاء می کردند پنج نفر از بازنده تن اروپائی که در آن کار شرکت داشتند بین سالهای ۱۷۴۰ تا ۱۷۴۴ (۱۱۵۷ - ۱۱۵۳ هجری قمری) در قزوین مرحوم شدند و در سال ۱۷۴۴ تمام اروپائیان مقیم رشت ناخوشی و تب توبه و غیره داشتند.»^{۱۴} با آن که هر چند علوم و فنون پزشکی در اروپا به اکتشافات و پیشرفت های شگرفی دست یافته و پرفی آسا به پیش می ساخت در کشور ما هنوز حافظ الصحةها مأمور رسیدگی به امور بهداشتی و درمانی بودند. این وضع

۱۳. راهنمای دانشکده پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی و بیمارستانها و آموزشگاههای وابسته، فرهنگ، تهران، ۱۳۴۲، جلد اول، صفحه ۵۰۸.

۱۴. کرزن، ترجمه غلامعلی وحید مازندرانی، مرکز انتشارات علمی و

اسامی زیر در رشت تشکیل شد:

دکتر فریم آمریکایی جراح و رئیس بیمارستان آمریکائی رشت، دکتر ابراهیم احیاء السلطنه که از طرف انجمن ایالتی تبریز توصیه شده بود، دکتر مهدی رازی (ارفع الحکماء)، دکتر ابوالقاسم فرید، دکتر سیدمحمد کاشانی، دکتر استاودیس یونانی، دکتر عنایت السلطنه، دکتر کریستیدیس یونانی، دکتر کتیش اوغلی، دکتر نوراللهخان و دکتر رفیع خان (همدانی)، این انجمن در نهضت مشروطیت مصدر خدمات صحتی و طبی قابل توجهی گردید.

بهداشت و درمان در نهضت جنگل

نهضت جنگل به رهبری میرزا کوچکخان در سال ۱۲۹۴ شمسی آغاز شد و مدت ۷ سال ادامه داشت.^{۱۵} مجاهدان جنگل در زمینه درمان و بهداشت برنامه جالب توجه و پیشرفته‌ای ارائه دادند. این برنامه طی مرانامه آنها به شرحی که ذیل بیان می‌شود تشریح شده است:

ماده ۳۱ - تأسیس دارالجزءه و مریضخانه‌های عمومی و مجانی.

ماده ۳۲ - رعایت نظافت و حفظ الصحه در مجامع و منازل و مطبخها و کارخانجات و غیره.

ماده ۳۳ - انتشار قوانین صحی در بین عامه.

ماده ۳۴ - جلوگیری از امراض مسریه و مسکرات - منع استعمال افیون و سایر مواد مخدر.

آنچه در مورد صحتی و طبی مرانامه مذکور درخور توجه و اهمیت است توجه خاص زعمای جنگل به بهداشت و درمان عامه مردم است. ویژگی دیگر آن قبول مسئولیت حفظ سلامتی مردم توسط دولت می‌باشد. در صورتی که تا آن زمان از سوی دولت گام مؤثری برداشته نشده بود.

«صحیه نظام زیرنظر دکتر ابوالقاسمخان لاهیجانی (فرید) اداره می‌شد که اطیاء معروفی مانند دکتر علیخان (شفا) و دکتر آقاخان (طوب) و دکتر سیدعبدالکریم (کاشی) وظایف مربوطه را در بیمارستانهای گوراب زرمخ و کسما انجام می‌دادند. این وظایف در قومن به عهده میرزاصادق خان (رشتی) و میرزا غلامحسین (قومن) بود و گاهی که ضرورت اقتضا می‌کرد دکتر بداللهخان (بشردوست) و دکتر موسیخان (فیضی) را از رشت می‌طلبیدند و اینان نیز دعوت جنگل را با میل و خوشروئی اجابت می‌کردند. زیرا گذشته از جبر زمان که این هماهنگی را ایجاد می‌نمود قرابت نسبی نیز بسین مسیرزا کوچکخان و دکتر فیض وجود داشت.»^{۱۶}

در اینجا لازم است گفته شود دکتر ابوالقاسم فرید طب قدیم را نزد پدرش علی‌نقیخان حافظ الصحه رانکوهی آموخت و طب جدید را در دارالفنون فراگرفت. بعد از آن به اروپا رفت و در دانشگاه پاریس رشته پزشکی را به پایان رسانید. اواخر سال ۱۳۲۶ هجری قمری به گیلان بازگشت. آخرین سمت وی ریاست بیمارستان لشکر ۴ رضائیه (ارومیه) بود. وی در تبریز درگذشت.

تشکیلات بهداشتی و درمانی گیلان

مطالعه‌ای در تاریخ تشکیلات دولتی ایران نشان می‌دهد تا کمتر از یک قرن پیش در ایران تشکیلاتی که پاسخگوی نیازهای بهداشتی و درمانی مردم باشد وجود نداشت. در زمان سلطنت ناصرالدین شاه به کوشش دکتر تسولوزان پزشک مخصوص دربار، یک دفتر مرکزی امور بهداشتی تأسیس گردید. این دفتر ابتدا به نام «هیئت صحیه» و بعد از آن به عنوان مجلس صحت معروف گردید. وظیفه آن حفظ سلامتی داخلی مملکت بود. تمام پزشکان معروف ایرانی مقیم پایتخت و اطیای سفارتخانه‌های خارجی در آن عضویت داشتند. پروفیسور براون درباره مجلس صحت نوشته است: «در سال ۱۸۸۷ (۱۲۶۶ شمسی) که من در تهران بودم دکتر تولوزان طبیب اعلیحضرت شاه ققید به من این امکان را داد که در جلسات مجلس صحت یا شورای صحت عمومی که در پایتخت ایران تشکیل می‌شد شرکت جویم. بیشتر پزشکان حاضر در آن زمان جز طب ابن‌سینا چیز دیگری نمی‌دانستند.»^{۱۷}

کنفرانس صحتی بین‌المللی در سال ۱۹۰۰ میلادی (۱۲۷۹ شمسی) در پاریس منعقد گردید. قطعنامه این کنفرانس را نماینده رسمی ایران نیز امضاء کرد. حدود ۴ سال بعد از آن، اولین «مجلس حفظ الصحه دولتی ایران» در تهران تشکیل گردید و نظامنامه‌ای برای آن نوشته شد. وظایف عمده مجلس حفظ الصحه دولتی ایران به قرار ذیل بود:

اول - تأسیس قرنطینه‌ها در بنادر.

دوم - اجرای آبله‌کوبی عمومی.

سوم - ایجاد یک باب بیمارستان اختصاصی زنان و کودکان.

تشکیلات و عملیات این مجلس در گیلان منحصر به فعالیت چند نفر آبله‌کوب و مأمور بهداشت در بندر انزلی و آستارا بود که آنها هم به علت نداشتن امکانات لازم عملاً کاری از پیش نمی‌بردند و دولت هم توجهی به آنان نداشت. دکتر امیراعلم که تا اواخر سال ۱۲۹۹ شمسی ریاست این مجلس را عهده‌دار بود در آخرین نطق خود ضمن تشریح اوضاع نابسامان مملکت در زمینه بهداشت و درمان گفت: «کارمندان بهداشتی ایالات به علت درسافت نداشتن حقوق چندین ماهه، اغلب محل کار خود را ترک گفته‌اند... کارکنان بهداشت آستارا و انزلی نه تنها برای مدتی بیش از یک سال بدون حقوق مانده بودند بلکه ارقام حقوقی آنها به بهانه این که مناطق خزر در حال طغیان است، از بودجه عمومی حذف شده بود. مأموران بهداشت که حقوق نگرفته و در عین حال برخلاف سایر کارمندان محل خدمت خود را ترک نگفته بودند، به جای تشویق، توبیخ شده بودند...»^{۱۸} لازم به ذکر است قرنطینه صحیه انزلی در ۱۲۸۶ شمسی تأسیس و دکتر سهراب مدتی ریاست آن را عهده داشت.

این مجلس تا اواخر سال ۱۲۹۹ شمسی برقرار بود. در سال ۱۳۰۰ شمسی «وزارت صحیه و امور خیریه» تأسیس شد و چند ماهی بدین نام بود و سپس صحیه کل مملکتی نامیده شده ضمیمه وزارت امور داخله گردید. صحیه

۱۷. تاریخ پزشکی ایران و سرزمینهای خلافت شرقی، سیریل الگود، ترجمه دکتر باهر فرقاتی، انتشارات امیرکبیر، تهران ۱۳۵۶، صفحه ۵۷۱.
۱۸. همان کتاب، صفحه ۶۱۵، ۶۱۶.

۱۵. نهضت جنگل در بخش تاریخ این کتاب به طور مفصل آمده است.
۱۶. سردار جنگل (میرزا کوچکخان)، ابراهیم لغرانی، انتشارات جاویدان، تهران ۱۳۶۶، چاپ یازدهم، صفحه ۹۶.



نمای سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان در سال ۱۳۷۱

عرضه وجود گذاشت و در همین سالها اقدام به استخدام و اعزام پزشک به شهرستانها گردید. در سال ۱۳۱۳ شمسی صحنه گیلان به بهداری گیلان تغییر نام داده شد. در سال ۱۳۲۰ به دنبال تشکیل وزارت بهداری، در گیلان نیز همان تشکیلات و عملیات ادامه یافت و رو به گسترش نهاد تا به وضع امروزی درآمد.

بهداری و بهداشت

باید دانست از ابتدای تشکیل وزارت بهداری (۱۳۲۰ شمسی) فعالیت‌های فنی آن به وسیله دو اداره کل انجام می‌گرفت: ۱- اداره کل معاونت عمومی که مسئولیت امور درمان مملکت را به عهده داشت و در گیلان اداره بهداری این امور را انجام می‌داد. ۲- اداره کل بهداشت که انجام امور بهداشتی به ویژه پیشگیری و مبارزه و ریشه‌کنی بیماریهای مسری را عهده‌دار بود و در منطقه گیلان نیز اداره بهداشت به امور مزبور رسیدگی می‌کرد.

در سال ۱۳۳۱ «سازمان همکاری بهداشت» که در واقع مجموعه بهداشت اصل ۴، بهداشت سازمان برنامه و بهداشت وزارت بهداری بود با کمک اداره همکاریهای فنی ایالات متحده آمریکا در ایران به وجود آمد. این سازمان مدت ۳ سال برنامه‌های جدید بهداشتی را با اصول و روشهای نوین به طور نمونه‌ای در گیلان اجرا نمود. تا آن که در سال ۱۳۳۵ به دنبال ضمیمه شدن سازمان مذکور به اداره کل بهداشت وزارت بهداری، شعبه گیلان نیز با کلیه تشکیلات خود در اداره بهداشت استان یکم ادغام گردید. واحدهای اداره بهداشت استان گیلان عبارت بودند از: طب پیشگیری، مهندسی بهداشت، بهداشت مادران و کودکان، مبارزه با بیماریهای آمیزشی، پرستاری، آموزش بهداشت، بهداشت روانی، خدمات بهداشتی ویژه، امور اجتماعی پزشکی و بهداشتی، آمار و اطلاعات بهداشتی و نیز واحدهای اداری و مالی مورد لزوم. این واحد در زمینه بهداشت و مبارزه و ریشه‌کنی علیه بیماریهای واگیر به

مملکتی در سال ۱۳۲۰ شمسی طبق قانونی که از مجلس شورای ملی گذشت به وزارت بهداری تبدیل گردید. این وزارتخانه در سال ۱۳۵۵ به وزارت بهداری و بهزیستی تغییر نام داد.

در سال ۱۳۶۴، بر طبق قانون مجلس شورای اسلامی به منظور استفاده مطلوب و هماهنگ از امکانات پزشکی کشور در جهت تأمین و تعمیم بهداشت و درمان و بهزیستی و آموزش و پژوهش پزشکی به «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» تبدیل گردید. نکته شایان توجه در قانون مزبور این است که وزارت جدید موظف شد اجرای بند ۴ اصل سوم قانون اساسی را به منظور تقویت روح بررسی، تنبیه و ابتکار در زمینه علمی و فنی پزشکی تحقق بخشد. همچنین سطح تحقیقات بنیادی و کاربردی را در کلیه رشته‌های پزشکی ارتقاء داده و همراه آن در توسعه دانش پزشکی و نظارت بر پژوهشهای علمی و هماهنگ ساختن واحدهای تحقیقات پزشکی و مؤسسات و مراکز پژوهشی موجود اقدام نماید. طبق ماده ۶ همین قانون این وزارتخانه موظف است از ادغام دانشکده‌های گروه پزشکی وزارت فرهنگ و آموزش عالی و مجتمعه‌ها و مؤسسات آموزشی و آن تعداد از بیمارستانهای وزارت بهداری و بهزیستی منتقله به این وزارتخانه که توان آموزشی دارند، دانشگاههای علوم پزشکی را تأسیس نماید. به علاوه، نسبت به توسعه آنها و ایجاد مراکز جدید در چهارچوب سیاستهای آموزش عالی کشور با فراهم آوردن امکانات و وسایل و تجهیزات لازم اقدام کند.

در قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیش‌بینی شده که بانوان در رشته‌های تخصصی زنان و مامائی و رشته‌های بالینی پزشکی باید به مرحله خودکفائی برسند. همچنین کلیه مؤسسات و واحدهای بهداشتی و درمانی کشور که از طریق بخش خصوصی و غیردولتی در امر بهداشت و درمان فعالیت دارند، باید تحت نظارت و کنترل و برنامه‌ریزی وزارتخانه مزبور قرار گیرند. به علاوه، با همکاری وزارت کشاورزی طرح احیاء داروهای گیاهی و استفاده گسترده از آنها اجرا شود. از طرف دیگر، بر طبق همین قانون، منظور از کلمه «پزشکی» کلیه رشته‌های پزشکی از قبیل پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، علوم بهداشتی، پرستاری، مامائی، تغذیه، توانبخشی، بهداشتکاری دهان و دندان، کاردانی بهداشت خانواده، کاردانی مبارزه با بیماریها و پیراپزشکی (علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی، تکنولوژی و رادیولوژی، اودیومتری و اپتومتری) است.

تشکیلات منطبق با این قانون در استان گیلان از این قرار هستند:

- سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان.
- دانشگاه علوم پزشکی گیلان.
- سازمان بهزیستی استان گیلان (به صورت مستقل).
- سازمان تأمین اجتماعی استان گیلان (به صورت مستقل).

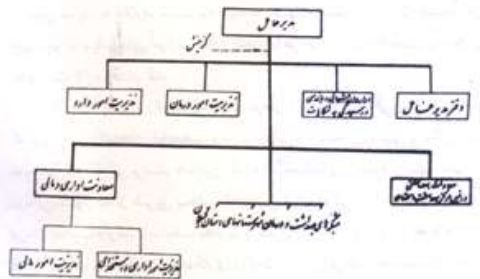
سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان

ملاحظه شد تا اواخر دوره قاجاریه تشکیلات مجلس حفظ صحنه دولتی در گیلان منحصر به چند تن مامور بود و ظاهراً توسط آنان امور بهداشت و درمان گیلان انجام می‌گرفت. در سال ۱۳۰۵ شمسی تشکیلات صحنه گیلان با سه

ساختمانی جدید و تجهیز هرچه بیشتر بیمارستان پورسینای رشت و گسترش فعالیت‌های درمانی آن و سایر مؤسسات درمانی را بایستی به عنوان اقدامات مثبت و مفید درمانی انجمن مزبور یاد کرد. انجمن‌های بهداشتی گیلان تا سال ۱۳۵۵ دایر بودند و در این تاریخ در سازمان منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی گیلان که بر طبق قانون تشکیل شده بود ادغام شدند.

تشکیلات و وظایف مصوب سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان گیلان در سال ۱۳۶۴، این سازمان به دنبال تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از «سازمان منطقه‌ای بهداشتی استان گیلان» به «سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان» تغییر نام یافت. بر طبق قانون، هدف از تشکیل سازمان جدید، تأمین و تعمیم بهداشت و درمان در سطح استان گیلان با استفاده مطلوب و هماهنگ از امکانات پزشکی و بهداشتی این منطقه تعیین گردیده است. نمودار تشکیلات این سازمان و وظائف آن به قرار زیر است.

نمودار شماره ۱ - تشکیلات سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان



وظایف کلی سازمان مزبور به قرار ذیل است:

- نظارت و کوشش در اجرای دقیق سیاست کلی و خط مشی وزارت متبوع به منظور تأمین بهداشت عمومی و ارتقاء سطح آن از طریق اجرای برنامه‌های بهداشتی به ویژه در زمینه بهداشت محیط و مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت خانواده و مدارس، آموزش بهداشت عمومی، بهداشت کار با تأکید بر اولویت مراقبت بهداشت اولیه خصوصاً در مورد مادران و کودکان.
- نظارت بر اجرای درست طرح‌ها و برنامه‌های بهداشتی و درمانی، اداری و مالی و ارزشیابی فعالیتها و برنامه‌های اجرا شده و در دست اجرا در سطح استان گیلان.
- هدایت و ارشاد مسئولین برنامه‌ریزی در تهیه طرح‌ها و برنامه‌های واحدهای تابعه و تلفیق و هماهنگ کردن برنامه‌ها با عنایت به اولویتها.
- نظارت بر انجام مطالعات و بررسیهای جمعیتی و تجزیه آمارهای استخراجی در ارتباط با طرح‌ها و برنامه‌های بهداشتی درمانی به منظور آگاهی از کمیت و کیفیت فعالیتها در زمینه بهداشت و درمان و غیره.
- فراهم آوردن تسهیلات لازم برای برخورداری ساکنین منطقه از خدمات

موفقیت‌های مهمی دست یافت و سرانجام در سال ۱۳۴۳ ضمیمه وزارت بهداشتی شد و در قالب تشکیلات وزارت بهداشتی در استان گیلان به نام «اداره کل بهداشتی استان گیلان» به عملیات خود ادامه داد.

انجمن بهداشتی

به موجب قانون واگذاری امور بهداشتی به مردم (مصوب سال ۱۳۳۷) در شهرستانهای استان گیلان انجمنی به نام «انجمن بهداشتی» مرکب از اشخاص ذیل تشکیل گردید:

- ۱ - رئیس انجمن شهر.
- ۲ - شهردار.
- ۳ - رئیس بهداشتی.
- ۴ - رئیس فرهنگ.
- ۵ - یکی از پزشکان به انتخاب کلیه پزشکان شهر.
- ۶ - سه نفر معتمد محل.
- ۷ - مدیر عامل شیر و خورشید سرخ.

دوره انجمن بهداشتی ۴ ساله، رئیس انجمن انتخابی بود و مدیریت عامل آن را رئیس بهداشتی شهرستان بر عهده داشت. کلیه اعتبارات مربوط به امور بهداشتی شهرستان مرکب از بودجه مصوب وزارت بهداشتی و عواید دیگر با تصویب و نظارت انجمن مزبور به مصرف می‌رسید. کارکنان انجمن بهداشتی دو قسمت بودند:

- ۱ - کارکنان وزارت بهداشتی که در حوزه فعالیت انجمن انجام وظیفه می‌کردند.
- ۲ - کارکنانی که از محل بودجه مصوبه انجمن بهداشتی به کار گمارده می‌شدند و وزارت بهداشتی هیچگونه تعهدی در قبال وضع استخدامی آنان نداشت.

در مورد پرداخت حق‌العلاج در درمانگاه، بیماران به ۳ گروه زیر تقسیم شده بودند:

- ۱ - بیماران که قدرت پرداخت حق‌العلاج را داشتند.
- ۲ - بیماران که می‌توانستند قسمتی از حق‌العلاج را پرداخت نمایند.
- ۳ - بیماران بی‌بضاعت.

گروه اول طبق تعرفه‌ای که به تصویب انجمن رسیده بود حق‌العلاج را به طور کامل می‌پرداختند. در مورد گروه دوم مدیر عامل انجمن بهداشتی و پساً نماینده او تا پنجاه درصد از تعرفه مصوبه را کتباً تخفیف می‌داد. در مورد گروه سوم (بیماران بی‌بضاعت) کوبنهای رایگان برای مراجعین به درمانگاه تهیه شده بود. بیماران بستری و مراجعین آزمایشگاهها و رادیولوژی از گروه سوم بر طبق دستور کتبی مدیر عامل انجمن یا نماینده وی تحت درمان رایگان قرار می‌گرفتند.

اگرچه هسته اصلی امور بهداشتی و درمانی در اداره کل بهداشتی استان گیلان بود و این اداره کل مسئولیت بهداشت و درمان مردم این مرز و بوم را به عهده داشت، ولی تشکیل انجمن بهداشتی در کنار تشکیلات درمانی گیلان به توسعه و تعمیم بهداشت و درمان کمک مؤثر کرد. به عنوان مثال ایجاد بلوکهای

دارد، به شرح زیر می‌باشد:

- شناخت خصوصیات جغرافیایی و جمعیت گیلان، شناسایی منابع، مسائل و مشکلات بهداشتی مربوط به سلامت جامعه و تعیین اولویتها.
- برنامه‌ریزی برای حل مسائل و مشکلات عمده در چهارچوب سیاستها و استراتژیهای اعلام شده کشوری با در نظر گرفتن شرایط خاص استان.
- برنامه‌ریزی برای ارائه آموزشهای لازم به منظور حفظ و ارتقاء سطح سلامت جامعه بر مبنای نیازها.
- تنظیم و تدوین برنامه‌های توسعه امکانات بهداشتی.
- نظارت بر اجرای فعالیتها و پایش (کنترل و نظارت) عملیات اجرایی و سنجش کیفیت خدمات و بازندهای منظم از واحدهای اجرایی.
- استفاده از شیوه‌های علمی برای اطلاع از وضعیت بیمارها و اقدام به موقع هنگام بروز اپیدمیها و حوادث پیش‌بینی نشده.
- طراحی و اجرای طرحهای تأمین آب آشامیدنی سالم و کافی در روستاهایی که بیش از ۱۵۰ خانوار جمعیت دارند و طرحهای بهسازی محیط در کلبه روستاها.
- نظارت بر نگهداری طرحهای بهداشتی انجام یافته.
- پشتیبانی تدارکاتی از واحدهای اجرایی و پیش‌بینی‌های به موقع برای تأمین وسائل، تجهیزات، مواد و داروهای مورد نیاز.
- تلاش در برقراری روابط منطقی میان واحدهای مختلف شبکه‌های بهداشتی درمانی گیلان.
- جلب مشارکت فعال جامعه در برنامه‌ریزی، تأمین منابع و اجرا و ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی درمانی.
- فعالیت‌های آزمایشگاهی در زمینه بیماریهای واگیر و غیر واگیر، آب، فاضلاب، هوا و مواد غذایی و عوامل زیان‌آور محیط زیست و کار. نظارت بر اجرای مقررات بین‌المللی قرنطینه‌ای در نقاط مرزی. انجام سایر امور مربوطه.
- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان گیلان هنگامی که آخرین مراحل چاپ کتاب گیلان به انجام می‌رسد تشکیلات ستادی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان در یکدیگر ادغام شده و در حال حاضر (۱۳۷۳) تسخت عنوان «دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان گیلان» فعالیت می‌نماید.

گیلان و بیماریهای واگیر در گذشته

معنا و مفهوم «بهداشت» دامنه‌ای بسیار گسترده دارد، به طوری که گاهی از مرزها عبور کرده و تا اقصی نقاط جهان گسترش می‌یابد و به برنامه‌ریزی و اقدامات جهانی منتهی می‌شود و گاه نیز به داخل یک کشور ختم می‌گردد. بر اساس این طرز تفکر سازمان جهانی بهداشت World Health Organization پس از پایان جنگ جهانی دوم (۱۹۴۵ - ۱۹۳۹ میلادی) و تأسیس سازمان ملل متحد به عنوان یک واحد بین‌المللی برخورد کننده با مسائل بهداشتی و

در حدود امکانات از طریق ایجاد و گسترش مراکز بهداشتی و درمانی دولتی و بهبود استانداردهای مورد عمل.

- نظارت بر اجرای درست مبانی محاسبه هزینه‌های خدمات تشخیصی درمانی، دارویی و تعرفه‌های مربوط به بخش دولتی و غیردولتی.
- نظارت بر اجرای دقیق ضوابط مربوط به نگهداری، مصرف، انهدام مواد بیولوژیک، مخدر، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی، آزمایشگاهی، فرآورده‌های دارویی، تجهیزات و مسازومات و مسواک مصرفی پزشکی و توانبخشی.
- نظارت بر عقد قراردادهای ساختمانی و تأسیساتی و تعیین خط‌مشی مناسب در ارتباط با برنامه‌های در دست اجرا.
- اعضاء کلیه اسناد مالی و تعهدآور و قراردادهای مشترک، با معاون اداری و مالی و ذی‌حساب.
- نمایندگی قانونی سازمان در قبال اشخاص حقیقی و حقوقی و شرکت در کلیه مراجع قانونی با حق انتخاب وکیل.

وظایف شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستانهای تابعه

- اجرای وظایف قانونی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در شهرستان مربوط.
 - اعمال سیاستهای اجرایی و اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در شهرستان بر اساس دستورالعملهای ابلاغ شده.
 - هماهنگ ساختن واحدهای اجرایی تابعه.
 - هماهنگی با سایر واحدهای دولتی برای پیشبرد اهداف کلی دولت، شرکت در جلسات و شوراهای هماهنگی شهرستان.
 - هماهنگی و ارتباط با سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان و مرکز بهداشت استان.
 - نظارت بر ارزشیابی واحدهای تابعه.
 - نظارت بر گسترش و کیفیت خدمات واحدهای بهداشتی درمانی بخش دولتی و خصوصی.
 - نظارت بر گسترش و کیفیت خدمات آزمایشگاهها و داروخانه‌های بخش دولتی و خصوصی.
 - نظارت و کوشش برای تعمیم خدمات بهداشتی درمانی به جامعه تحت پوشش.
 - نظارت بر اسناد پزشکی و اعمال تعرفه‌های درمانی.
 - نظارت منظم بر تأمین و توزیع دارو و مواد و تجهیزات پزشکی مورد نیاز شهرستان.
 - نظارت بر تنظیم، تدوین و اجرای ضوابط بودجه برنامه‌ای.
 - تأمین منابع (انسانی - مالی و تجهیزاتی) مورد نیاز خدمات بهداشتی درمانی و نظارت بر بهره‌برداری بهتر از آنها.
- مرکز بهداشت استان گیلان
شرح وظایف این مرکز که در تأمین بهداشت عمومی و ارتقاء آن نقش مؤثر

همچنین یونیسف به عنوان یک صندوق اضطراری برای تأمین رفاه کودکان جهان آغاز به کار کردند. هدف عمده سازمان جهانی بهداشت «سازند همة انسانهای ملل مختلف جهان به بالاترین سطح ممکنه از سلامتی» بوده است. امروزه همة کشورهای جهان و از آن جمله ایران به عضویت این سازمان جهانی مفید درآمده اند و رهنمودها و دستورالعملهای آن را به کار می‌بندند. این سازمان در زمینه بهداشت به طرق مختلف با ایران همکاری می‌نماید.

یکی از امتیازات و ویژگیهای عمده سازمان جهانی بهداشت وسعت و گستردگی فعالیتهای آن در زمینه مبارزه با بیماریهای واگیر و پیشگیری از ابتلاء به این بیماریها است. مطالعه فعالیتهای انجام شده آن نشان می‌دهد که دامنه عملیات سازمان جهانی بهداشت علیه بیماری مهلک و جهانگیر آبله چنان وسیع و مجدانه و قاطع بوده که هم اکنون در بهت گیتی اثری از آن دیده نمی‌شود.

برخی از امراض مسری یا بیماریهای واگیر به صورت همه گیری یا اپیدمی epidemic در می‌آیند مانند آبله، طاعون، وبا، تیفوس، آنفلوآنزا و غیره که در گذشته جمعیت یک منطقه، یک کشور و حتی یک قاره را مورد تهدید قرار می‌داده، ضایعات و تلفات به بار می‌آوردند چنان که در قرن چهاردهم میلادی، طاعون معروف به مرگ سیاه در اروپا و آفریقا و آسیا شایع گردید و میلیونها نفر از آدمیان را به کام مرگ کشانید. این بیماری در اروپا از هر ۳ نفر ۱ نفر را تلف کرد.

نمونه‌های فراوانی از مرگ و میر طاعون و وبا نیز در تاریخ گیلان ثبت شده است. می‌دانیم که طاعون در سال ۱۲۴۶ هجری قمری، وبا در سال ۱۲۷۲ هجری قمری و مجدداً طاعون در سال ۱۲۹۴ و وبا در سالهای ۱۳۱۰ و ۱۳۲۲ هجری قمری در گیلان به صورت همه گیر شیوع پیدا کرد و تلفات و خسارات زیادی به بار آورد.

آب و هوای گیلان و مناطق شمالی ایران نیز به شیوع برخی از بیماریها نظیر مالاریا کمک می‌کرد و شاید مثل رابع «مرگ می‌خواهی سرو گیلان»^{۱۹} مربوط به همین موضوع باشند. دکتر فوریه طبیب مخصوص ناصرالدین شاه جملائی را که سایر مسافریین به درو دیوار چابارخانه منجیل نوشته بودند بدین شرح نقل کرده است:

خوشا به حال کسانی که از اینجا می‌روند!

خدا رحم کند به حال کسانی که به اینجا می‌آیند!

روزگار به درد آنهائی برسد که در اینجا می‌مانند!

مسافرانی که در ورود به گیلان از منجیل می‌گذشتند و با ششهای خطرناک مالاریا و ماره‌های سمی و بادهای شدید آن مواجه می‌شدند خاطرة خوشی از سفر خود نداشتند.

خود زکو (خوجکو) نوشته است بین شاقاچی و کاروانسرای لات، محلی است موسوم به جهنم دره که چهارپایان در آنجا تا شکم به گل فرو می‌روند و در راه اشکور به قزوین گردنهای است موسوم به «کفن کول» که عابسرین اول

وصیت خود را به جای می‌آورند و بعد از آن می‌گذرند. نفوذ تمدن غرب و ارتباط بازرگانی با اروپا و آسیا و نیز تغییرات جوی و عمران و آبادی اخیر، گیلان را از صورت یک منطقه بد آب و هوا خارج ساخته است. اکنون در عوض آن که مسافر به دنبال مرگ و یا استقبال از آن به گیلان برود برای تفریح و تفرج و هواخوری و استراحت و گرفتن حمام آفتاب و بالاخره استفاده از دریا و سواحل زیبای آن به گیلان سفر می‌کند.

وسعت دامنه اشاعه بیماریها

آگاهی از انواع بیماریها، سوانح و صدمات و همچنین اطلاع از خصوصیات آنها، برای در پیش گرفتن بهترین سیاستها در جهت گسترش بهداشت و بهبود وضعیت آن از طریق برنامه‌ریزی بهداشتی و درمانی و ارزشیابی کارهای انجام شده لازم و ضروری است. براساس این ضرورت طبق قوانین و مقررات بهداشتی کشور، اعلام برخی از بیماریها به مقامات مربوط اجباری است. از این رو صورت این گونه بیماریها در اختیار مؤسسات بهداشتی و درمانی اعم از دولتی و غیر دولتی نظیر خصوصی و خیریه و مطب پزشکان آزاد قرار داده می‌شود تا موارد بیماری مشاهده شده و تلفات آنها را به مقامات بهداری اعلام نمایند. بیماریهای خطرناکی که باید بلافاصله به مقامات مسئول گزارش شوند عبارتند از: بیماریهای قرنطینه‌ای شامل آبله، تب راجعه، تب زرد، تیفوس، طاعون و وبا. از طرف دیگر، با توجه به نقش همه گیری سریع بیماریهای قرنطینه‌ای در جهان و لزوم انجام اقدامات پیشگیری و مبارزه علیه آنها، مقامات ذیربط مملکتی موظفند در اسرع وقت سازمان جهانی بهداشت را در جریان قرار دهند.

برپایه این مقررات، در صورتی که بیماری بنا قوت از آن توسط پزشک معالج به مقامات بهداری اعلام نشود و یا در این کار کوتاهی نماید و همچنین اگر در محل واقعه پزشک اشتغال یا حضور نداشته باشد لازم است افرادی که از جریان بیماری اطلاع حاصل می‌کنند مانند مأموران تفهیل و تدقین و امثال آنها مورد بیماری را اعلام نمایند.

باید دانست آمار و اطلاعات مربوط به بیماریهای واگیر از سال ۱۳۲۱ از مؤسسات بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی استان گیلان جمع‌آوری گردیده و آنها را می‌توان به عنوان قدیمترین آمار و اطلاعات تا حدودی قابل اعتماد در پژوهشهای بهداشت و درمان مورد استفاده قرار داد. مثلاً جدول شماره ۱ موارد بیماریهای واگیر مشاهده شده استان گیلان را در سال ۱۳۳۷ نشان می‌دهد. با بررسی این جدول می‌توان به آگاهیهای زیر دست یافت.

- ۱- تعداد بیماریهای واگیر مشاهده شده به تفکیک تنوع بیماری و براساس گزارشهای مؤسسات بهداشتی و درمانی مستقر در استان گیلان.
- ۲- نسبت درصد موارد گزارش شده هر بیماری واگیر به کسل موارد بیماریهای واگیر گزارش شده استان گیلان.
- ۳- درجه بروز هر بیماری واگیر در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت سال

۱۹- در مورد مثل مزبور تغییرهای گوناگون وجود دارد از جمله آن که گفته شده است که سیاهان اعزامی خلفا در قرون اولیه اسلامی و نیز لشکریان حکومتهای مرکزی در نزد پادشاهان سلاجوق و یی پاک و

آنها به مواضع جغرافیایی محل فالانگیر شده به هلاکت می‌رسیدند. بدین جهت عزیمت به گیلان منجر به مرگ می‌شده است.

جدول شماره ۱ - موارد بیماریهای واگیر گزارش شده استان گیلان بر حسب نسبت درصد و درجه بروز در سال ۱۳۳۷

ردیف	نام بیماری واگیر	تعداد موارد بیماریهای واگیر گزارش شده	نسبت درصد بیماریها	نسبت بیماری واگیر به کل بیمارهای ۱۰۰,۰۰۰ نفر
۱	حصه و شبه آن	۲۰۱۲	۱۵/۳۵	۱۱۵
۲	آنفلوآنزا	۱۶۶۲	۱۲/۶۸	۹۵
۳	اوریون	۱۶۱۳	۱۲/۳۰	۹۲
۴	سرخک و سرخچه	۱۵۸۳	۱۲/۰۷	۹۱
۵	سیاه سرفه	۱۵۴۹	۱۱/۸۱	۸۸
۶	سل ریوی	۱۴۰۵	۱۰/۷۲	۸۰
۷	بیماریهای آمیزشی	۱۱۱۷	۸/۵۲	۶۲
۸	دیفتیری	۹۷۵	۷/۲۳	۵۶
۹	مالاریا	۴۶۲	۳/۵۲	۲۶
۱۰	تراشم	۳۳۰	۱/۷۵	۱۳
۱۱	آبسه مرغان	۱۷۱	۱/۳۰	۱۰
۱۲	جدام	۱۰۵	۰/۸۰	۶
۱۳	سیاه زخم	۸۶	۰/۶۶	۵
۱۴	کزاز	۴۳	۰/۳۳	۲/۴
۱۵	باد سرخ	۳۵	۰/۲۷	۲/۰
۱۶	فلج اطفال	۲۶	۰/۲۰	۱/۵
۱۷	تب مالت	۲۴	۰/۱۸	۱/۴
۱۸	هاری	۵	۰/۰۴	۰/۳
۱۹	مخملک	۲	۰/۰۳	۰/۲
۲۰	آنسفالیت	۲	۰/۰۲	۰/۱
	جمع کل استان	۱۳۱۱۱	۱۰۰/۰۰	۷۲۷

۱۳۳۷ استان گیلان.

از بررسی آمار و اطلاعاتی که در جدول داده شده، چنین برمی آید که میزان عمومی موارد بیماریهای واگیر گزارش شده استان گیلان در سال ۱۳۳۷ رقم ۷۲۷ در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت همان سال بوده است. به تعبیر دیگر از هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت بیش از ۷ نفر مبتلا به یک یا چند بیماری واگیر بوده اند. در جدول شماره ۲ موارد گزارش شده بیماریهای واگیر سال ۱۳۳۷ با سال ۱۳۶۹ مورد توجه و مقایسه قرار داده می شود.

در جدول شماره ۳ نیز آمار بیماریهای واگیر گزارش شده (آزمایشگاهی و بالینی) را بر حسب نقاط شهری و روستایی و به تفکیک شهرستانهای استان گیلان در سال ۱۳۶۹ می توان دید.

وفور بیماری حصه در سال ۱۳۳۷

بر طبق آمار سال ۱۳۳۷، تعداد بیماران حصه ای گیلان ۲۰۱۲ مورد بوده که از همه بیماریهای واگیر شیوع بیشتری داشته است. بر پایه همین آمار و ارقام

ردیف	شرح	تعداد موارد بیماریهای واگیر گزارش شده		نسبت موارد گزارش شده هر بیماری واگیر به ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت
		سال ۱۳۳۷	سال ۱۳۶۹	
۱	حصه و شبه آن	۲۰۱۲	۲۲۷ (آ)	۱۱۵
۲	سرخک و سرخچه	۱۵۸۳	۰	۰
۳	سیاه سرفه	۱۵۲۹	۰	۸۸
۴	سل ریوی	۱۴۰۵	۲۱۸ (ب)	۸۰
۵	بیماریهای آمیزشی	۱۱۱۷	۰	۰
۶	دیفتیری	۹۷۵	۰	۵۶
۷	مالاریا	۴۶۲	۱۴	۲۶
۸	تراشم	۳۳۰	۰	۱۳
۹	آبسه مرغان	۱۷۱	۸۲۰ (ب)	۱۰
۱۰	جدام	۱۰۵	۱۱ (آ)	۰/۵
۱۱	سیاه زخم	۸۶	۰	۰
۱۲	کزاز	۴۳	۰	۰
۱۳	باد سرخ	۳۵	۰	۰
۱۴	فلج اطفال	۲۶	۱۹ (آ)	۱/۵
۱۵	تب مالت	۲۴	۱۹ (ب)	۱/۴
۱۶	هاری	۵	۱۶ (ب)	۰/۳
۱۷	اسهالها	۰	۳۲۵۳ (ب)	۰
۱۸	ورمهای ملتحمه	۰	۶۹۲۰ (ب)	۰
۱۹	کجلی	۰	۱۸۰ (ب)	۰
۲۰	بیماریهای عفونی	۰	۳۸۲ (ب)	۰
۲۱	اشکتهای روده ای	۰	۲۱۳۸ (آ)	۰

از موارد بیماریهای واگیر که به وسیله آزمایشگاه تأیید شده است.

ب. موارد بیماریهای واگیر که با تشخیص بالینی است.

* در سال ۱۳۳۷، آمار برداری شده است.

* جهانت عفونی infectious hepatitis التهاب کبد با جهانت عفونی، یک بیماری تحت حاد که در اثر ویروس ایجاد می شود. در این بیماری کبد بزرگ شده، تشنه، تساراضی مسهله روده ای، سردرد، بی اشتها و زردی دیده می شود.

از هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت آن سال گیلان ۱۱۵ نفر مبتلا به بیماری حصه و شبه آن بوده اند. آمار سال ۱۳۶۹ نشان می دهد که در این سال تعداد ۲۲۷ بیمار حصه ای در استان گیلان وجود داشته که درجه بروز آن ۱۰ در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت همین سال بوده است. از بررسی، این آمارها و شاخصها نتیجه

۲۰. موارد بیماریهای واگیر گزارش شده مبتنی بر گزارشهای رسیده از بهداشتیهای استان گیلان است.

جدول شماره ۳ - موارد بیماریهای واگیر گزارش شده (آزمایشگاهی و بالینی) استان گیلان به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۶۹

بیماری واگیر	شهرستان	آستارا	آستانه اشرفیه	بندر انزلی	تالش	رشت	رودسر	صومعه - سرا	فومن	لاهیجان	انگرود	جمع کل استان
آبله مرغان (بالینی)	شهری	۰	۰	۱۰۶	۰	۱۸۲	۲	۰	۱۰۳	۰	۰	۳۹۳
	روستایی	۰	۰	۶۴	۲۱۳	۰	۳۶	۰	۱۰۲	۸	۴	۲۲۷
	جمع	۰	۰	۱۷۰	۲۱۳	۱۸۲	۳۸	۰	۲۰۵	۸	۴	۸۲۰
اسهالها (بالینی)	شهری	۴۷۲	۳۰۷۵	۴۵۴۹	۰	۳۶۲۰	۴۸۸۱	۵۵۵	۱۹۹۷	۰	۲۴۸	۱۹۵۹۷
	روستایی	۴۶۶	۲۵۱	۲۰۳	۱۵۷۷	۰	۳۰۰۷	۱۵۴۰	۱۱۲۰	۳۲۵۸	۱۰۳۴	۱۲۶۵۶
	جمع	۹۳۸	۳۳۲۶	۴۹۵۲	۱۵۷۷	۳۶۲۰	۷۸۸۸	۲۰۹۵	۳۱۱۷	۳۲۵۸	۱۴۸۲	۳۲۲۵۳
ورمهای ملتحمه (بالینی)	شهری	۰	۰	۸۷۰	۰	۲۲۵	۰	۹۸۴	۰	۰	۰	۲۰۹۹
	روستایی	۰	۰	۲۹۸	۰	۰	۰	۳۴۹	۰	۴۱۹۴	۰	۴۸۹۱
	جمع	۰	۰	۱۱۶۸	۰	۲۲۵	۰	۱۳۳۳	۰	۴۱۹۴	۰	۶۹۲۰
کجلی (بالینی)	شهری	۲۸	۰	۷	۰	۰	۲	۳	۰	۰	۱۶	۵۶
	روستایی	۱۶	۰	۱	۱۰۵	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۱۲۴
	جمع	۴۴	۰	۸	۱۰۵	۰	۲	۳	۲	۰	۱۶	۱۸۰
هاری (بالینی)	شهری	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	روستایی	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱
	جمع	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱
هیانتهای عفونی (بالینی)	شهری	۷	۰	۱۰	۱	۳۵	۱	۳۷	۱۵	۳	۲۶	۱۳۵
	روستایی	۰	۰	۳	۶	۷۳	۶	۷۶	۶۵	۰	۲۰	۲۴۹
	جمع	۷	۰	۱۳	۷	۱۰۸	۷	۱۱۳	۸۰	۳	۴۶	۳۸۴
انگلهای روده ای (آزمایشگاهی)	شهری	۴۰۰	۹۳۵	۳۸۶	۱۷۳	۲۱۷۷	۴۲۳۸	۷۹۲	۳۱۲۴	۲۰۳	۱۷۳	۱۲۶۲۱
	روستایی	۳۸۶	۰	۶۲	۲۴۸۷	۰	۰	۸۹	۴۳۱۴	۰	۲۴۸۷	۹۷۲۷
	جمع	۷۸۶	۹۳۵	۴۵۰	۲۶۶۰	۲۱۷۷	۴۲۳۸	۸۸۱	۷۴۵۸	۲۰۳	۲۶۶۰	۲۲۳۴۸
تب مالت (آزمایشگاهی)	شهری	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۳
	روستایی	۰	۱	۲	۰	۱	۰	۱۰	۱	۲	۰	۱۷
	جمع	۰	۱	۳	۰	۲	۰	۱۰	۱	۲	۰	۱۹
جدام (آزمایشگاهی)	شهری	۰	۰	۲	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۴
	روستایی	۰	۰	۰	۱	۰	۲	۰	۱	۳	۰	۷
	جمع	۰	۰	۲	۱	۲	۲	۰	۱	۳	۰	۱۱
حصه و شبه آن (آزمایشگاهی)	شهری	۴۳	۱	۱۴	۱	۳۲	۲	۰	۴	۱	۲۳	۱۲۱
	روستایی	۱۰	۱	۶	۹	۲۴	۲۰	۰	۴	۱۲	۲۰	۱۰۶
	جمع	۵۳	۲	۲۰	۱۰	۵۶	۲۲	۰	۸	۱۳	۴۳	۲۲۷
سل ریوی (آزمایشگاهی)	شهری	۵	۱۲	۷	۸	۲۹	۲۰	۲۵	۱۰	۱۶	۱۹	۱۷۱
	روستایی	۲	۰	۱	۱۱	۱۵	۲	۰	۱۳	۳	۰	۲۷
	جمع	۷	۱۲	۸	۱۹	۴۴	۲۲	۲۵	۲۳	۱۹	۱۹	۲۱۸

* به علت وقوع زلزله خرداد ماه ۱۳۶۹ روبرابر آمار بیماریهای واگیر در دست نیست.
- رقم مساوی صفر است.

می‌گیریم که میزان مبتلایان به بیماری حصه و شبه آن در سال ۱۳۳۷ فوق العاده زیاد و تقریباً ۱۱ برابر میزان مبتلایان این بیماری در سال ۱۳۶۹ بوده است که اقدامات وسیعی را جهت پیشگیری از این بیماری ایجاب می‌کرده است. کاهش فوق العاده بیماری حصه و شبه آن در سال ۱۳۶۹ حکایت از تسری تدریجی بهداشت عمومی به خصوص تأمین آب آشامیدنی سالم و بهداشت محیط دارد.

قدیم و کشور باستانی پرو نشان دهنده این واقعیت است که برخی از آنها مبتلا به بیماری سل بوده اند. همچنین مطالعات انجام شده روی اسکلت انسان دیرینه سنگی در هایدلبرگ آلمان نشان دهنده وجود این بیماری خطرناک در هزاران سال پیش از تاریخ است.

در تمدنهای کهن هند و یونان و چین هم به بیماری سل اشاره شده است. مثلاً در یکی از سرودهای مذهبی هندوان عبارتی بدین شرح آمده است: «ای تب! با برادرت سل و با خواهرت شرفه از ما دور شو و به سوی بیگانگان برو. این سرود نشانه‌ای است بر این که هندوان باستان بیماری سل را می‌شناخته‌اند. در دوران حماسه‌ای تمدن هند، «قانون مانو» سند بسیار مهمی در پزشکی و بهداشت ارائه می‌دهد. در این قانون سل، یک بیماری ناپاک و کثیف و غیر قابل علاج معرفی می‌شود و ازدواج با دختری که اجدادش مبتلا به سل، غش یا جذام باشند - اگرچه خود بیمار نباشند - منع می‌شود. بر پایه عقیده گروهی از صاحب‌نظران، قانون مزبور سند گویائی است بر اثبات این نظریه که آن مردم بیماری سل را مسری و ارثی می‌شناخته‌اند. در این حال که این عقیده، یک عقیده مذهبی نیز بوده است»^{۲۱}

لازم به توضیح زیاد نیست که در گذشته سرزمین مرطوب و سرسبز گیلان عرصه تاخت و تاز بیماری سل بود. در کمتر از نیم قرن پیش سه علت فشر عمومی، فقدان مسکن خوب و تغذیه مناسب هر ساله صدها نفر به نوعی مبتلا به سل روی می‌شدند. اقداماتی از قبیل ایمن‌سازی، تسهیل وسایل تشخیص پزشکی و درمانی، تدارک داروهای لازم، درمان نبودمسند، جسدسازی بیماران مسلول از افراد سالم و آموزش و آگاهی عمومی در کار نبود. وقتی میکرب خطرناک سل در بدن فردی از افراد خانواده نفوذ می‌کرد تمام افراد آن مبتلا می‌شدند و هریک از آنها به نوبه خود عده دیگری را مبتلا می‌کردند و بدین ترتیب گروه کثیری به شمار بیماران مسلول افزوده می‌شد.

یاد داشت که وزارت بهداری برای مبارزه با بیماری سل در آن زمان جز تأسیس ۲ آسایشگاه (آسایشگاه مسلولین شاه‌آباد و آسایشگاه مسلولین بوعلی) اقدام دیگری انجام نداد. درمان جدی بیماران مسلول از سال ۱۳۳۶ با احداث آسایشگاههای مسلولین در مراکز استانها از جمله رشت آغاز گردید.

جمعیت مبارزه با سل و حمایت از مسلولین

جمعیت مزبور در سال ۱۳۳۲ با ۲ هدف عمده زیر در رشت تشکیل گردید:

- ۱ - همکاری و نظارت در امر ساختمانهایی که به منظور پیشگیری و درمان مسلولین ساخته می‌شود.

- ۲ - جمع‌آوری کمک و اعانه جهت مبارزه با سل و کمک به مسلولین و عائله تحت تکفل آنان.

اسامی مؤسسين جمعیت مبارزه با سل و حمایت از مسلولین رشت عبارت بودند از: معتمد همایون مذهبی، دکتر دیلمی، لاکانی، دادستان و دکتر کاشانی.

حقیقت این است که در آن سالها، علی‌رغم فراوانی آب در منطقه گیلان، آب آشامیدنی و مصرفی ساکنان این سامان ناپاک و غیر بهداشتی بوده و علاوه بر آن، یائین بودن سطح بهداشت عمومی به ویژه بهداشت محیط عامل عمده شیوع این گونه بیماریها بوده است؛ مثلاً تا پیش از لوله‌کشی آب رشت و دیگر شهرهای گیلان، در حیاط خانه‌های شهری و غیر شهری چاه آب حفر می‌کردند. این چاهها ارتباط مستقیم با ارتفاع محل از سطح دریا داشت و گاهی در عمق کمتر از ۳ تا ۴ متر به آب می‌رسید. از طرف دیگر، زمستانها آب چاه به قدری بالا می‌آمد که به جای «کرته خاله»^{۲۲} با دست می‌توانستند آب از چاه بردارند. البته باید دانست که در بیشتر خانه‌ها چاههای مستراح در چند متری همین چاههای آب مشروب قرار داشت.

مؤلفین کتاب «گیلان و آذربایجان شرقی» می‌نویسند:

«نوع منبع آب آشامیدنی ارتباط مستقیم با ارتفاع محل دارد. در تمامی دشت کناره خزر، دسترسی به سفره‌های آب زیرزمینی فقط با کندن یک چاه چند متری میسر است که در محوطه خانوادگی و یا برای چند خانه کشنده می‌شود... در بقیه نقاط از نخستین تپه‌های اطراف دشت برنجزار (مثلاً در نندان و یا خواجهک) آب آشامیدنی از چشمه‌ها تأمین می‌شود. این چشمه‌ها کم و بیش فراوان و مرتب است و می‌تواند آب جمعیت نسبتاً زیادی را تأمین کند و یکی از محل‌های اصلی تجمع زنان است»^{۲۳}

پیش‌تر از آن، رایینو که در فاصله سالهای ۱۹۰۶ تا ۱۹۱۲ میلادی با عنوان کنسولیار بریتانیا در رشت به سر می‌برده در کتاب «ولایات دارالمرز ایران، گیلان» از وضع مسکن، معاشره، قبرستانها، نحوه دفع زباله، چاههای آب مشروب، مستراحها و فاضلابها و تهیه برف و یخ غیر بهداشتی تصاویر جالبی ارائه داده که نشان دهنده وضع بد بهداشت عمومی رشت در آن سالهاست. او می‌نویسد: «شهر تنها یک یا دو مسجرای فاضلاب دارد و از هر گونه تشکیلات بهداشتی دیگر عاری است. در بیشتر خانه‌ها مستراح به صورت چاههایی است که راهی به خارج ندارد و در چند متری آن چاههایی است که آب مشروب خود را از آن برمی‌دارند. در بعضی از کوچه‌ها جویبهائی وجود دارد که چون آب آنها به جریان نمی‌افتد زیان فراوان به بار می‌آورد. خاکروبه و زباله را در فضای باز می‌ریزند و آنها را روی هم تسوده می‌کنند. مسردم استخرهایی حفر کرده‌اند که از آب جاری بر می‌شود و وقتی که آب آنها یخ بست با همان وضع کثیف و گل‌آلود برای استفاده تابستانی در یخچالها انبار می‌کنند»^{۲۴}

بیماری سل در گیلان

بیماری خانمانسوز سل همیشه انسان را مورد تهدید قرار داده است. این بیماری در ایران نیز مانند سایر کشورهای تا کشف داروهای جدید به فراوانی شیوع داشت. بررسیهای انجام شده روی اسکلت‌های مومیائی شده مصریان

۲۳. ولایات دارالمرز ایران، گیلان، عدل رایینو، ترجمه جعفر عذیمی‌زاده، انتشارات طاسانی، چاب سوم، رشت ۱۳۴۴، صفحه ۷۶.
۲۴. تاریخ سل، ضیاء طبیبی، انتشارات ابوریحان، تهران، صفحه ۱۷.

۲۱. کرته خاله (کرده خاله) بی‌خیزان یا بی‌کلفت یا چوب بلندی است که با آن آب از چاه برمی‌دارند.
۲۲. گیلان و آذربایجان شرقی، مارسل بازن و کرستیان بریرمزه - ترجمه مظفرامین فرحجیان، انتشارات نوس، تهران، ۱۳۶۵، صفحه ۹۶، ۹۷.



مرکز رموی بیمارستان رازی رشت در سال ۱۳۷۱

هشت مدیره آن را نیز استاندار، رئیس بهداری، شهردار، دادستان، ۳ نفر از معتمدین محل و ۲ نفر پزشک بر طبق معرفی کانون پزشکان تشکیل می‌دادند. در این زمینه فرد خیرتری به نام محمود محمودی ۴ هکتار زمین بسا نسبت احداث آسایشگاه برای مراقبت و درمان بیماران مسلول به جمعیت اهدا نمود. در حال حاضر (سال ۱۳۷۳) جمعیت حمایت از مسلولین استان گیلان به فعالیت ادامه می‌دهد. گرچه هسته اصلی مبارزه با سل با برنامه‌های دولت در گیلان شکل گرفت، ولی باید اذعان کرد که جمعیت مذکور در کنار مؤسسات دولتی، حامی دلسوزی برای بیماران مسلول و خانواده آنان بوده است.

در زمینه مبارزه با سل و حمایت از مسلولین نام دکتر سرور ایزدی و دکتر محمود یزدانی برای همه آشناست. زیرا با همت آنان گام‌های مثبتی در راه ریشه کردن بیماری سل در گیلان برداشته شده است.

مرکز مبارزه با سل

به دنبال تصویب قانون حمایت کارمندان و پیشگیری بیماری سل در سال ۱۳۳۳ مقدمات تأسیس مرکز مبارزه با سل در رشت فراهم گردید و در سال ۱۳۳۷ این مرکز با مشخصات زیر ایجاد شد:

زیربنا	۸۱۰ متر مربع.
هزینه‌های انجام شده ساختمانهای اصلی و فرعی	۴۰۶۳٫۸۵۹ ریال.
جمع هزینه‌های انجام شده ساختمانها و تجهیزات	۵٫۲۷۳٫۵۳۲ ریال.
پرداختی وزارت بهداری از وجوه زائرین	۲٫۶۹۰٫۰۰۰ ریال.
پرداختی جمعیت مبارزه با سل رشت	۲٫۵۸۳٫۵۲۲ ریال.
تجهیزات خریداری شده توسط وزارت بهداری	۲۷۰۰٫۱۸۴ ریال.
جمع کل هزینه‌های انجام شده و بودجه پرسنلی	۲۰٫۹۶۳٫۵۴۱ ریال.

با آغاز کار مرکز مبارزه با سل رشت، تشخیص و درمان صحیح، بیماریابی و تیز بی‌گیری و نظارت و کنترل به مفهوم صحیح آن تحقق پیدا کرد. هر سال عده بیشتری از ساکنان گیلان زیر پوشش مبارزه با سل قرار گرفتند و کم‌کم عرصه شیوع بیماری تنگتر گردید و سال به سال کمتر شد.

بر طبق آمار منتشره، در سال ۱۳۶۹ مجموعاً ۹۳٫۶۰۸ نفر علیه بیماری سل در شهرستانهای گیلان، بدین شرح واکسینه شدند: آستارا ۲۱۸۷ نفر، آستانه اشرفیه ۵۹۵۴ نفر، بندر انزلی ۵۶۸۵ نفر، تالش ۱۱٫۰۵۸ نفر، رشت ۲۶٫۷۱۶ نفر، رودبار ۲۶۱۱ نفر، رودسر ۷۱۸۶ نفر، صومعه‌سرا ۸۰۸۰ نفر، قسومین ۷۱۱۵ نفر، لاهیجان ۱۱٫۳۲۰ نفر و لنگرود ۵۶۹۶ نفر.

آسایشگاه مسلولین رشت

این آسایشگاه از محل اعتبار «طرح نگهداری واحدهای شبکه هماهنگ بهدانتنی و درمانی» در سال ۱۳۲۶ در رشت تأسیس گردید. مساحت کل زمین آسایشگاه حدود ۲۷۰۰۰ متر مربع و زیربنای ساختمانی آن ۴۰۰۰ متر مربع در ۳ طبقه است. این آسایشگاه در آغاز ۱۰۰ تخت داشت لیکن در سال ۱۳۴۸ تعداد تختهای آن به ۱۵۰ رسید. از مجموع تختها ۱۳۰ تخت به بزرگسالان مرد و زن و ۲۰ تخت نیز به کودکان مسلول اختصاص یافت. آمار کارکنان و مخارج آن در سال ۱۳۴۹ بدین قرار بود:

کل کارکنان آسایشگاه اعم از کادر پزشکی و غیر پزشکی ۱۵۳ نفر، ۸ پزشک (شامل ۵ پزشک عمومی و تخصصی، ۱ متخصص آسایشگاه، ۱ متخصص

رادیولوژی، ۱ دکتر داروساز)، ۴۹ پرستار و بهیار و سایر کارکنان پیرایشگری، ۱ مهندس بهداشت، ۹۵ تن کارکنان اداری و مالی و غیره.

جمع کل مخارج آسایشگاه ۲۴٫۱۷۳٫۰۰۰ ریسال و بودجه داروئی آن ۳۰۰۰٫۰۰۰ ریال بود.

در جدول شماره ۴ آمار آسایشگاه مسلولین رشت را در فاصله سالهای ۱۳۴۶ تا ۱۳۴۹ می‌توان دید. آسایشگاه مذکور تا سال ۱۳۵۶ بسا عنوان بیمارستان رازی به سازمان منطقه‌ای بهداری استان گیلان تحویل گردید. سرانجام بعد از تشکیل دانشگاه علوم پزشکی گیلان به امر آموزش پزشکی اختصاص یافت و به این دانشگاه واگذار گردید.

بر طبق آمارهای موجود، در سال ۱۳۳۷ تعداد موارد بیماری سل دیده شده در استان گیلان ۱۴۰۵ نفر بوده است. بر این اساس به ازای هر ۱۰۰٫۰۰۰ نفر جمعیت گیلان در آن تاریخ ۸۰ نفر بیمار مبتلا به سل وجود داشته است و به عبارت دیگر از هر ۱۲۰۰ نفر گیلانی یک نفر از بیماری سل رنج می‌برد است.

تعداد مبتلایان به بیماری سل در طول مدتی نزدیک به ۳۰ سال کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است. یعنی تعداد آن از ۱۴۰۵ مورد در سال ۱۳۳۷ به ۲۱۸ مورد در سال ۱۳۶۹ تنزل پیدا کرده و درجهٔ بروز این بیماری از ۸۰ در ۱۰۰٫۰۰۰ جمعیت به ۹/۸ در ۱۰۰٫۰۰۰ جمعیت رسیده است.

بر اساس این آمار، شهرستانهای آستانه اشرفیه، صومعه‌سرا، لنگرود و فومن در مقایسه با دیگر شهرستانهای استان گیلان دارای درجهٔ بروز بیشتری بوده‌اند. در اینجا جدول شماره ۵ را که مؤید فراوانی بیماری سل رموی در شهرستانهای این استان است ارائه می‌دهیم.

برای این که مرتبه درجهٔ بروز بیماری سل گیلان در میان استانهای کشور نشان داده شود، موارد بیماری سل دیده شده در آزمایشگاههای کشور طی جدول شماره ۶ ارائه می‌شود.

از بررسی این آمار نتیجه گرفته می‌شود که درجهٔ بروز بیماری سل در استان گیلان از درجهٔ بروز سل کل کشور خیلی کمتر بوده و بین استانهای کشور در رتبهٔ پانزدهم قرار گرفته است. به عبارت دیگر درجهٔ بروز این

کتاب - رسم

بهداشت و درمان ●



۲ کودک گیلانی مبتلا به آبله در دهه ۱۳۳۰

جدول شماره ۴ - آمار بیماران بیمارستان ربیوی رازی (آسایشگاه سلولین رشت) از سال ۱۳۴۶ تا ۱۳۴۹.

شرح	تعداد تخت فعال	جمع بیماران بستری در سال	تعداد بیماران مرخص شده	بیماران فوت شده	اشغال نسبی تخت (درصد)	توقف نسبی بیماران بستری شده	بیماران فوت شده
۱۳۴۶	۱۰۰	۱۰۷	۱۵	۲	۳۹	۲۲	۳/۷
۱۳۴۷	۱۲۲	۱۳۳۱	۱۱۲	۲۲	۱۰۰	۱۲۵	۱/۹
۱۳۴۸	۱۵۰-۱۲۲۲	۱۶۷۲	۲۲۱	۳۰	۹۷	۲۰۷	۱/۸
۱۳۴۹	۱۵۰	۱۷۲۰	۲۹۱	۳۶	۹۸	۱۵۸	۲/۱

میانگین سن بیماران بستری شده (مرد و زن) ۳۱ سال
 میانگین سن بیماران بستری شده مرد ۳۵ سال
 میانگین سن بیماران بستری شده زن ۲۷ سال
 * منظور نسبت درصد بیماران بستری شده به بیماران فوت شده می باشد.

جدول شماره ۵ - موارد بیماری سل دیده شده در آزمایشگاههای استان گیلان برحسب درجه ۱، بروج و شهرستان و به تفکیک نقاط شهری و روستایی در سال ۱۳۶۹.

شرح	نقاط شهری		نقاط روستایی		شهرستان	
	موارد	درجه	موارد	درجه	موارد	درجه
شهرستان	سل	بروز	سل	بروز	سل	بروز
آستارا	۵	۱۵	۲	۵	۷	۱۰
آستانه اشرفیه	۱۲	۳۱	۰	۰	۱۲	۱۱/۵
بندر انزلی	۷	۷	۱	۳	۸	۶
تالش	۸	۱۴	۱۱	۵	۱۹	۷
رشت	۴۹	۱۳	۱۵	۴	۶۴	۹
رودسر	۲۰	۲۶	۲	۱	۲۲	۱۰
صومعه سرا	۲۵	۱۰۹	۰	۰	۲۵	۱۸
فومن	۱۰	۳۰	۱۳	۸	۲۳	۱۲
لاهیجان	۱۶	۲۹	۳	۲	۱۹	۸
لنگرود	۱۹	۳۳	۰	۰	۱۹	۱۵
جمع کل استان	۱۷۱	۱۹/۸	۴۷	۳/۵	۲۱۸	۹/۸

* درجه بروز برحسب ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت محاسبه شده است.
 - رقم ستوری صفر است.

بیماری در گیلان از ۱۰ استان کشور کمتر و از ۱۲ استان دیگر بیشتر است. به طور کلی کاهش درجه بروز سل در استان گیلان از سال ۱۳۳۷ به بعد (یعنی رقم ۸۰ در سال ۱۳۳۷ و عدد ۱۰ در ۱۰۰۰۰ جمعیت در سال ۱۳۶۱) نمایانگر نتایج مطلوب درمان و کنترل این بیماری مهلک در گیلان است.

۲۵ آبله smallpox. بیماری عفونی حاد است که به وسیله نوزی ویروس تولید می شود و با استفراغ، دردهای کمری، بثوراتی که اول با بوبلی (برجستگی کوچک پوست با حدود مشخص) بوده سپس وزیکولی (تاولی) شده و بالاخره پوستولی (کنده تاولی) می شوند مشخص می شود. در ضمن همراه

آبله بیماری آبله^{۲۵} را از قدیم می شناختند. جالینوس در قرن دوم میلادی و محمد زکریای رازی پزشک و داروشناس نامی ایران این بیماری را شرح داده اند. آبله تا نیم قرن پیش، در گیلان یک آفت واقعی بود. هر سال عده ای را به کام مرگ می فرستاد. عده انگشت شماری که پس از ابتلا به بیماری مزبور زنده می ماندند، برای همیشه داغ آبله (بته خوله دیم) را بر چهره داشتند. تنها روش جلوگیری از ابتلا، تلقیح کودکان به روش قدیم بود که خود خطراتی در برداشت.

تشکیلات و اقدامات دولت در زمینه مبارزه با آبله منحصر به تعداد معدودی آبله کوب بود که کار تلقیح را انجام می دادند. اما آنها هم به علت فراهم نبودن مایه آبله کوبی تازه و وسائل و لوازم مطلوب و کافی، عملاً کنساری از پیش نمی بردند. این وضع همچنان ادامه داشت به طوری که در سالهای ۱۳۳۳ تا ۱۳۳۵ بیماری آبله در گیلان به شدت شیوع پیدا کرد و تلفات و ضایعات فراوان به بار آورد. همه گیری آبله در سالهای مزبور در برخی دیگر از مناطق کشور نیز شایع شده بود.

از این رو مبارزه جدی و پی گیر با بیماری خائمانوز آبله در سراسر

نی است که با تسکین موفقی مشخص می شود. این تب با ظهور بثورات پوستی آغاز شده و تا وقتی این بثورات تاولی شوند ادامه می یابد. دوره نهفتگی بیماری در حدود ۱۲ روز است.

جدول شماره ۶ - تعداد موارد سل دیده شده در آزمایشگاههای استانهای کشور بر حسب درجه بروز* در سال ۱۳۶۱.

مرتبہ	استان	شرح		مرتبہ	استان	تعداد موارد		درجہ بروز
		شرح	تعداد موارد			سل	درجہ بروز	
۱	همدان		۲۱۸۷	۱۳	ایلام	۵۰	۱۲/۵	
۲	کرمانشاه		۱۵۴۹	۱۴	سمنان	۴۹	۱۲/۲	
۳	سیستان و بلوچستان		۷۳۳	۱۵	یزد	۶۹	۱۲	
۴	خوزستان		۱۴۷۴	۱۶	کرمان	۱۶۵	۱۰	
۵	بویراحمد و کهکیلویه		۱۳۲	۱۷	مازندران	۳۲۲	۹/۸	
۶	زنجان		۴۸۹	۱۸	تهران	۶۳۹	۷/۱	
۷	کردستان		۳۱۸	۱۹	بوشهر	۴۰	۶/۷	
۸	لرستان		۳۴۵	۲۰	اصفهان	۱۷۱	۵/۰	
۹	هرمزگان		۱۶۸	۲۱	خراسان	۱۳۳	۲/۴	
۱۰	چهارمحال و بختیاری		۹۱	۲۲	فارس	۵۲	۱/۶	
۱۱	گیلان		۲۸۸	۲۳	آذربایجان غربی	۲۶	۱/۱	
۱۲	آذربایجان شرقی		۵۵۶	۱۳	کل کشور	۱۰۰۶۶	۲۰	

* درجه بروز سل بر حسب ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت هر استان محاسبه گردیده است.

در کشور آغاز گردید. در گیلان نیز کار مبارزه با آبله با فعالیت مشترک مهندسی بهداشت و مبارزه با مالاریای گیلان شروع شد. در نسیمة دوم سال ۱۳۳۵ سرویس مبارزه با آبله گیلان مرکب از ۳۰ تن پزشک، آبله کوب و کسارمند تشکیل گردید و با پشتوانه مالی سازمان برنامه و استفاده از دارو و وسایل و تجهیزات لازم کار خود را آغاز کرد. در ابتدای امر، تلقیح همگانی مسورد استقبال مردم قرار نگرفت و فقط ۲۰ درصد جمعیت، حاضر به تلقیح گردیدند. در نتیجه، سطح مصونیت به میزان پیش بینی شده نرسید. به علاوه مأمورین مبارزه با آبله نیز مورد بی مهری قرار گرفتند، حتی در شهر لنگرود یکی از مأمورین را مضروب و مجروح ساختند.

در زمینه شکست عملیات مبارزه با آبله تحقیقات گسترده ای به عمل آمد. نتیجه بررسی نشان داد که عده ای از اهالی عمارلو که برای کارهای برنجکوبی از کوهستان به جلگه گیلان می روند بیماری آبله را نیز از منطقه آلوده عمارلو به محل جدید انتقال داده و باعث شیوع آن می گردند. با کشف سرچشمه های بیماری آبله در منطقه گیلان کار مبارزه با آبله وارد مرحله جدیدی شد. این بار کار تلقیح همگانی به صورت خانه به خانه انجام گرفت. بدین ترتیب که ۳ گروه هر یک مرکب از ۴ نفر، روزانه با همکاری مربیان بهداشت عمومی اهالی شهرها و روستاها را بر طبق برنامه منظم تلقیح نمودند. به طوری که در پایان سال ۱۳۳۶ تعداد تلقیح شدگان به ۸۰ درصد ساکنان گیلان رسید.

در سال ۱۳۳۸ نوبت دوم تلقیح همگانی آبله کامل تر از گذشته به مدت ۲۰ ماه انجام شد. عملیات جدی و پی گیر، بیماری آبله را در گیلان ریشه کن ساخت و آمار مبتلایان را به صفر رسانید. در سال ۱۳۴۰ یک مورد جدید آبله

۲۶. پلاسمودیوم Plasmodium جنس از تک باختگان با گونه های مختلف است که در گویچه های قرمز حیوانات مختلف انگل واقع می شود. چهار گونه آن به نامهای: پلاسمودیوم فالسیپارم *P. falciparum* پلاسمودیوم ویسواکس *P. vivax*، پلاسمودیوم اووال *P. ovale* و پلاسمودیوم مالاریا *P. malariae* در انسان ایجاد بیماری می نمایند. گشتی است افزون بر ۱۰۰ نوع مختلف پلاسمودیوم شناخته شده است.

و ۷ نفر خارج گیلان)، رودسر ۱ مورد (محل ابتلاء آن خارج گیلان)، لنگرود ۱ نفر (محل ابتلاء خارج گیلان) و لاهیجان ۱ مورد (محل ابتلاء آن داخل گیلان). لازم به ذکر است در سال مزبور جمعاً ۱۷,۸۵۵ روستا بازدید بهداشتی شده و جمعیت روستاهای مزبور، در ۷,۲۱۷,۰۰۰ مورد در زمینه بیماری مالاریا معاینه گردیده‌اند.

بر طبق نظریهٔ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی «در طی ۲۰ سال گذشته مالاریا در ایران (قبل از ورود مهاجران مسلمان افغانی) در منطقهٔ پاک یعنی چهار پنجه از کشور وضع خوبی داشته به طوری که برای مثال در استان گیلان طی سال به زحمت ۱۰ مورد مالاریا مشاهده گردیده است. لیکن پس از ورود این برادران مسلمان تعداد موارد در اثر انتقال به میزان کمی افزایش یافته که دائماً تحت کنترل است و جای نگرانی نداشته است.»^{۲۷}

بیماری جذام

بیماری جذام که در کشور ما به خوره شهرت داشت، یکی از امراض بسیار قدیمی است. این بیماری، بومی کشور ماست و شیوع آن در نواحی آذربایجان، کردستان، گیلان، مازندران و خراسان بیشتر از مناطق دیگر است.

بیماری مزبور از میکروب مخصوصی به نام «باسیل هانسن» بوجود می‌آید. جذامی مثل بیمار مسلول و بیمارانی دیگر قابل درمان است.^{۲۸}

همان‌طور که گفته شد منطقهٔ گیلان از نظر فراوانی بیماران جذامی در ردیف استانهای آلوده قرار دارد. سوابق و شواهد نشان می‌دهد که بیماران جذامی در گیلان نیز مانند سایر نقاط، باعث ترس و وحشت ساکنان محل سکونت خویش بوده‌اند. از این رو از ترس نفرت و شتمانت و وحشت مردم خود را از انتظار دور نگاه می‌داشتند. در همین زمینه دکتر تسلیم هلندی Schlimmer که چندی در رشت اقامت داشته می‌نویسد که هنگام اقامتش در این شهر «برای معالجه بیماری او را به نواحی کوهستان طسالتس می‌برند. در مراجعت مصادف با برف و طوفان شدید شده به جنگلی پناه می‌برد که در آن یک خانوادهٔ جذامی دور از مردم به سر می‌برده‌اند، چون او هم تا آن تاریخ جذامی ندیده بود و هم اهالی مانع ورود این گونه بیماران به شهر می‌شده‌اند به لطایف الحیل دور از انتظار مردم خانوادهٔ مزبور را با خود به رشت برده نزد خویش منزل می‌دهد و به معالجه می‌پردازد. بیمار بهبود می‌یابد و سه شغل جوانی تا دو سال بعد (۱۸۵۳ میلادی) برای تسلیم خدمت می‌کند.»^{۲۹}

واقعیت این است که در گذشته ساکنان گیلان به خصوص روستائیان از هیچ‌گونه امکانات بهداشتی و درمانی برخوردار نبودند. عدم امکانات، بدی وضع اقتصادی و اجتماعی مردم و معتقدات خرافی متداول سبب گردیده بود تا هرگونه فرصت معالجه از بیماران جذامی گرفته شود. در سراسر کشور فقط ۲ آسایشگاه به نام آسایشگاه مسحراخان مشهد (تأسیس ۱۳۰۷ شمسی) و آسایشگاه بابا باغی تبریز (تأسیس ۱۳۱۶ شمسی) به بیماران جذامی

(D.D.T) و حشره‌کشهای دیگر جهت کنترل و از بین بردن ناقلین بیماری مالاریا به کار گرفته شد. همچنین درمان این بیماری با کلروکین و داروهای دیگر انجام گرفت.

در ایران، دکتر عمیدزاده با یک گسروه تحقیقاتی در سال ۱۳۰۴ در کرانه‌های جنوبی ارس دریافتند که ۵۳ درصد سرگ و میر منطقه نداشتی از مالاریاست. از سال ۱۳۱۲ واحد تحقیقاتی مالاریا تحت سرپرستی نامبرده تشکیل گردید. انستیتو مالاریا لوزی نیز برای مبارزه با مالاریا در ایران تأسیس گردید.

در گذشته نه چندان دور، بیماری مالاریا در گیلان به وفور شایع بود تا جایی که در بعضی نواحی گیلان میزان ابتلا، به آن نزدیک به صددرصد می‌رسید و هیچ برنامه مؤثری در جهت مبارزه و ریشه‌کنی این بیماری خطرناک وجود نداشت. بالاخره در سال ۱۳۲۵ مبارزه با مالاریا در برنامه کار وزارت بهداشتی قرار گرفت. منتهی با توجه به این که گرد «د.د.ت» هنوز به ایران وارد نشده بود مبارزه با مالاریا از طریق خشکاتیدن باتلاقیها و نفت باشی روی آبهای راكد انجام می‌شد. سرانجام گرد «د.د.ت» وارد کشور گردید و در گیلان و برخی نقاط مملکت از سال ۱۳۲۶ تا ۱۳۲۸ مبارزه با مالاریا به طور آزمایشی انجام گرفت و چون نتیجه کار رضایتبخش بود واحد خاصی به نام ادارهٔ مبارزه با مالاریا تشکیل شد و از سال ۱۳۲۹ فعالیت‌های خود را آغاز نمود.

در فاصلهٔ سالهای ۱۳۲۸ تا ۱۳۳۱ جهت تعیین میزان آلودگی مالاریا تحقیقاتی با همکاری کارشناسان سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشتی در ناحیهٔ لشت نشا به عمل آمد. نتیجهٔ تحقیقات نشان می‌داد که میزان آلودگی در بین کودکان تا ۲ تا ۹ ساله از لحاظ بزرگی طحال حدود ۷۷ درصد است. برنامهٔ مطالعه و تحقیق ادامه یافت و همزمان سمپاشی نیز به مرحلهٔ اجرا گذاشته شد و درمان و مراقبتهای ویژه نیز انجام گردید. نتیجهٔ عملیات مبارزه با مالاریا بسیار موفقیت‌آمیز بود. به طوری که در فاصلهٔ سالهای ۱۳۳۷ تا ۱۳۴۰ تعداد بیماران از ۴۶۴ مورد (۲۶ در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت) به ۲۱ مورد (حدود ۱ در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت) رسید.

همچنین آمار سال ۱۳۴۰ حاکی است لاهیجان ۱۷ مورد، رودسر ۲ مورد و رشت و رودبار هریک ۱ مورد بیمار مالاریایی داشته‌اند.

در سالهای بعد عملیات ریشه‌کنی مالاریا در سطح استان گیلان به‌طور مستمر و پی‌گیر ادامه یافت و نتایج حاصله نیز رضایتبخش بود. در سال ۱۳۷۰ در کل استان گیلان ۱۱ مورد بیماری مالاریا گزارش شده که عموماً محل ابتلاء آنها مناطق آلودهٔ کشور نظیر ابرانشهر، زاهدان، خاش و سایر نقاط سیستان و بلوچستان و بندرعباس بوده است. در سال ۱۳۶۹ بیماری مالاریا در گیلان ۱۴ مورد گزارش شد که محل ابتلاء ۲ تن از آنان استان گیلان بود. بر مبنای آمار مزبور، مبتلایان به مالاریا در شهرستانها بدین قرار بودند: بندر انزلی ۱ نفر (محل ابتلاء آن خارج گیلان)، رشت ۸ نفر (محل ابتلاء آنها ۱ نفر داخل گیلان

۲۹. راهنمای دانشکدهٔ پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی و بیمارستانها و آموزشگاههای وابسته، صفحه ۴۷.

۲۷. مجلهٔ بهداشت جهان، مرکز نشر دانشگاهی، سال ششم، شمارهٔ اول، تهران، ۱۳۶۹، صفحه ۵.
۲۸. در تئورین مطالب این بحث از کتابچه مسئله جذام در ایران از انتشارات سازمان مبارزه با جذام ایران، شمارهٔ ۲، صفحات ۹-۱۰ و ۱۱ استفاده شده است.

جدول شماره ۷ - تعداد بیماران جذامی استان گیلان در سالهای ۱۳۵۷ و ۱۳۷۰.

شرح	بیماران جذامی در سال ۱۳۵۷				بیماران جذامی در سال ۱۳۷۰			
	I	T	B	L	I	T	B	L
شهرستان								
آستانرا	۰	۷	۰	۱۰	۱۱	۰	۴	۷
آستانه اشرفیه	۰	۲	۰	۸	۵	۵	۵	۵
بندر انزلی	۰	۱۳	۰	۱۵	۱۳	۰	۵	۸
تلش	۰	۲۷	۰	۵۲	۵۹	۰	۲۱	۳۸
رشت	۰	۲۲	۰	۹۰	۸۵	۰	۲۷	۵۸
رودبار	۰	۱۵	۰	۳۹	۵۰	۰	۱۸	۳۲
رودسر	۰	۳۳	۰	۱۲۸	۹۲	۰	۳۵	۵۷
سومعه سرا	۰	۷	۰	۱۲	۱۸	۰	۷	۱۱
فومن	۰	۹	۰	۱۱	۱۶	۰	۶	۱۰
لاهیجان	۰	۲۰	۰	۲۶	۲۵	۰	۲۳	۲۲
لنگرود	۰	۱۰	۰	۲۸	۲۰	۰	۶	۱۴
جمع استان	۰	۲۲۵	۰	۲۵۱	۲۲۹	۰	۱۲۲	۲۸۷

نوع پوستی (میکروب مشخص) که برنسیل است. (لپروماتوز) L=Lepraetose
 نوع عفونی که مسری نیست و برنسیل است. (توبرکلوزید) T=Tuberculosis
 مابین نوع پوستی و عفونی (ب.ا.ت). B=Border line
 ناشناخته. I = Indetermined

* آستانه اشرفیه، فر تقسیمات کشوری قبل از انقلاب تابع شهرستان لاهیجان بود. سکونت بیماران مزبور در نقاط گیلان بدین شرح است: بندر انزلی ۲ مورد، نقاط روستائی تالش ۱ مورد، رشت ۲ مورد، نقاط روستائی رودسر ۲ مورد، نقاط روستائی فومن ۱ مورد و نقاط روستائی لاهیجان ۳ مورد (در مجموع نقاط شهری ۴ مورد و نقاط روستائی ۷ مورد).

همچنین آمارها نشان می دهد که تا سال ۱۳۵۷ تعداد ۴۲۹ بیمار جذامی در سراسر استان گیلان شناسائی و به ثبت رسیده بودند. آمار بیماران مجذوم در شهرستانهای رودسر (۹۲ جذامی)، رشت (۸۵ جذامی) و لاهیجان (۶۵ جذامی) بیشتر از سایر شهرستانها بود.

آمار دیگر حکایت از افزایش تعداد بیماران موجود شناسائی شده در گیلان در سال ۱۳۷۰ دارد. در سال مزبور تعداد بیماران جذامی ۶۷۶ نفر و بیشتر آنها در شهرستانهای رودسر (۱۶۱ جذامی)، رشت (۱۳۲ جذامی) و تالش (۱۰۹ جذامی) زندگی می کردند. بدین ترتیب درجه شیوع بیماری جذام را در گیلان باید ۳۰ مورد در ۱۰۰،۰۰۰ جمعیت دانست.

این شاخص در مقایسه با شاخصهای بیماری جذام سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که گیلان از نظر آلودگی به بیماری جذام از ارواسا و مدیترانه شرقی بیشتر و از جنوب شرقی آسیا، آفریقا و آمریکای جنوبی کمتر است. در جدول شماره ۷ آمار جذامیان در سال ۱۳۵۷ با سال ۱۳۷۰ مقایسه شده است. جدول شماره ۸ نیز تعداد و درجه شیوع بیماران جذامی ثبت شده سازمان جهانی بهداشت^{۳۱} را در سال ۱۳۶۹ (۱۹۹۰ میلادی) نشان می دهد.

اختصاص داشت. از تعداد و میزان دقیق بیماران مجذوم هم اطلاع زیادی در دست نیست. برای کسب اطلاع درباره جذامیان بسایستی سفسرنامهها و نوشتههای خارجیان را ورق زد. مثلاً رابینو در ولایات دارالمرز ایران، گیلان بیماری سل و جذام را چنین توصیف می کند: «... سل تقریباً (در رشت) شیوع دارد و امراض پوستی و گاهی جذام نیز مشاهده می شود»^{۳۰}

مبارزه با جذام

برنامه اساسی برای مبارزه با جذام از سال ۱۳۳۵ آغاز شد. زیرا از این تاریخ به موازات همه تحولات و کوششهایی که در زمینه اشاعه بهداشت و درمان به عمل می آمد، امور بهداشتی و درمانی و رفاهی مسجذومین نیز در چهارچوب مدونی منتهی گردید. در گیلان جمعیت مبارزه با جذام شکل گرفت و از طریق تشکیل یک هیئت مدیره شروع به فعالیت کرد. اعضاء هیئت مدیره از این قرار بودند: دکتر حسن صالحی (رئیس هیئت مدیره)، مهندس اسماعیل جعفرودی (مدیر عامل)، دکتر عباس پورعیاس و دکتر خسرو جباری. بعد از پیروزی انقلاب اسلامی مبارزه با بیماری جذام در کشور وارد مرحله جدیدی گردید بدین صورت که طبق تصویب شورای انقلاب اسلامی «جمعیت ملی مبارزه با جذام ایران» که سازمان مستقلی بود منحل گردید و به عنوان یکی از شاخههای وزارت بهداشتی، با نام «سازمان مبارزه با جذام ایران» به فعالیت پرداخت. در گیلان نیز امر مبارزه با جذام طبق برنامههای سازمان مرکزی انجام می گردید. در سال ۱۳۷۰ کار مبارزه با جذام در استان گیلان به عهده سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان قرار گرفت و سازمان موجود مبارزه با جذام گیلان منحل گردید.

لازم به توضیح است که به دنبال انحلال جمعیت ملی مبارزه با جذام در تهران، انجمن حمایت از جذامیان تشکیل گردیده که توسط افسراد خیر و نیکوکار اداره می شود. شعبههای انجمن در استانهای آلوده به بیماری جذام نظیر گیلان نیز با شرکت افراد نیکوکار تشکیل شده و مشغول فعالیت هستند. اعضاء انجمن حمایت از مجذومین گیلان تحت نظارت عالیّه حجت الاسلام احسانبخش نماینده ولی فقیه در استان گیلان و امام جمعه رشت عبارتند از: دکتر حسن صالحی (مدیر عامل)، حجت الاسلام حاج محمود قاهری، نسی الله خدادادی، حاج علی خاکبان، حاج گل آقا فتوحی، ابوالقاسم چینیجان، حاج رضا عظیم زاده، حاج حسین منوری، توریختش، کریمی و مسعود مددی.

مجذومین گیلان از دیدگاه ارقام

آمارهای رسمی نشان می دهد که در سال ۱۳۳۷ رقم جذامیان گیلان ۱۰۵ نفر گزارش شده بود. با این حساب از هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت ۶ نفر مبتلا به جذام بودند. با گذشت زمان و اجرای برنامههای تمرینش تعداد موارد گزارش شده هر سال کمتر از گذشته گردید. به طوری که در سال ۱۳۶۹ موارد گزارش شده فقط ۱۱ نفر در طول سال بسود (۱ نفر در ۲۰۰،۰۰۰ جمعیت) مسجل

۳۰. ولایات دارالمرز ایران، گیلان صفحه ۹۲.

جدول شماره ۸ - بیماران جذامی ثبت شده گیلان در سال ۱۳۷۰ و مقایسه آن با مناطق سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۰ (۱۳۶۹).

شرح	آخرین جمعیت رسمی (۱۰۰۰ نفر)	تعداد بیماران جذامی ثبت شده	بیماران جذامی به ازای جمعیت ۱۰۰,۰۰۰
گیلان و مناطق سازمان جهانی بهداشت			
آفریقا	۵۲۲۲۷۵	۹۸۲۶۶۹	۹۲
آمریکا	۷۲۲۰۰۲	۳۰۱۷۰۲	۲۲
مدیترانه شرقی	۳۹۱۲۶۰	۹۹۹۱۳	۲۶
اروپا	۸۲۵۹۲۸	۷۲۲۶	۱
جنوب شرقی آسیا	۱۳۱۰۸۲۷	۲۶۹۳۱۰۲	۲۰۵
پاسفیک غربی*	۱۲۹۷۵۳۹	۱۵۲۷۳۹	۱۰
گیلان	۲۲۵۵	۶۷۶	۳۰

* Western Pacific.

ویا و طاعون

در گذشته طاعون، وبا، آبله، سل، جذام، مالاریا، حصبه، کچلی، بیماریهای پوستی و انگل‌های امعاء با زندگی مردم گیلان عجین شده بود. هر از گاهی یک یا چند نوع از بیماریهای مزبور در میان مردم شایع می‌شد و گروه کثیری را به کام مرگ می‌کشاند. بیماریهای ویا و طاعون هر وقت که شیوع پیدا می‌کردند ضایعات جانی و مالی بی‌شمار به بار می‌آوردند. ناساجائی که در بیشتر سفرنامه‌های سیاحان به صدمات و خسارات ناشی از این بیماریها در گیلان اشاره شده است.

بیماری ویا طی ۸۵ سال یعنی از سال ۱۲۳۶ تا ۱۳۲۱ هجری قمری ۸ بار به صورت همه‌گیر در گیلان شیوع پیدا کرد و عده زیادی را به دیار عدم فرستاد و خسارات جبران‌ناپذیری به گیلانیان وارد کرد.

بیماری طاعون در سال ۱۲۰۹ هجری قمری کشتار غیرقابل وصفی در نقاط مختلف گیلان به راه انداخت. شدت فاجعه به قدری زیاد بود که تولد از سکنه خالی شد و مهاجرین تالشی و مازندرانی به این ناحیه مهاجرت کردند و جای بومیان را گرفتند. هنگام بروز طاعون مردم تمام اموال خویش را رها کرده به کوهها و مناطق بیلاقی پناه می‌بردند. فقط عده کمی از دور مسئول مراقبت از محل می‌شدند. تلفات ناشی از بیماری آن قدر زیاد بود که برخی از کوجهها و میدانها به دفن اجساد مردگان اختصاص می‌یافت.

رایبیتو درباره شیوع طاعون در گیلان چنین می‌نویسد: «در حدود سال ۳۱ - ۱۸۳۰ طاعون در گیلان شیوع یافت و طی چند هفته نصف جمعیت رشت که بالغ بر ۴۰۰۰۰ نفر می‌شد هلاک شدند و بقیه به هر طرف که پیش آمد گریختند. در مدت کوتاهی جز تعدادی از اجساد مردگان در رشت چیزی نماند و این شهر به صورت شهری مرده درآمد... به این ترتیب جمعیت رشت به

۸۰۰۰ نفر تقلیل یافت. این عده مرده‌ها را در هر خانه یا هر جا که می‌یافتند دفن می‌کردند. پول، صاحبان تازه‌ای پیدا کرد. بعضی که ثروتمند بودند گرفتار فقر شدند. ثروت و تجملات و اثاثه آنها را همسایگان نشان برداشتند و بعضی که اقوام ثروتمندی را از دست داده بودند به ثروت رسیدند.»^{۳۲}

کارلا سرنا در سفرنامه خود در زمینه طاعون سال ۱۸۷۷ (۱۲۹۴ هجری قمری) چنین می‌گوید: «... در ماه آوریل طاعون در شهر رشت منتشر شده بود و مردم ناگزیر در دهات مجاور مسکن کرده بودند. بعد از مدتی کوتاه بیماری در رشت موضعی شد اما این درنگ دوامی نیافت. مرض به زودی به اطراف شهر رسید و به خصوص در دهاتی که مرقد امامزاده‌ای بود کشتار زیاد کرد زیرا بومیان گروه گروه به زیارت این امامزاده‌ها رفته بودند تا در پناه آنان از بیماری مصون بمانند. در مدت هفت هشت ماه که طاعون دوام داشت بیش از ۴۰۰۰ نفر را در شهر رشت و دهات اطراف آن از پا درآورد... داروهائی که طبیبان محلی بکار می‌بردند بسیار ساده و غالباً بسیار مؤثر است. مایعات خنک کنندند، کتین، تنبورید، زالو و حجامت در صورتی که در آغاز ابتلا مورد استفاده قرار داده شوند در معالجه مؤثر خواهند بود... در هر یک از محلات شهر، در نزدیک نهرها جائی هست که اجساد را در آن می‌شویند و بعد از خواندن آیاتی از قرآن آماده تکفین می‌کنند. فقط در این مکانهاست که می‌توان تعداد مسردگان را واریسی کرد اما چون همه اجساد را بدین مکانها نمی‌آوردند تعداد دقیق مردگان مجهول می‌ماند.»^{۳۳}

قبل از توسعه فعالیتهای بهداشتی و درمانی این وضع کم و بیش وجود داشته، لیکن از زمانی که دولت عملاً تأمین بهداشت و درمان مردم سراسر کشور را عهده‌دار شد و تسهیلات بهداشتی و درمانی تصمیم سیافت مسوارد بیماریهای واگیر به شدت کاهش پیدا کرد. به طوری که برخلاف گذشته در میان بیماریهای شایع موارد ویا و طاعون در گیلان دیده نمی‌شود.

فاویسم

فاویسم^{۳۴}، در اثر خوردن و یا تماس با نوعی باقلا که در گیلان به باقلاقی مازندرانی معروف است ایجاد می‌شود. بیماری مزبور در فصل باقلا از هنگام گل کردن گیاه باقلا و دانه پستن و استفاده سبزی آن تا خاسته به سره برداری مشاهده می‌شود. این بیماری باعث از بین رفتن (همولیز)^{۳۵} شدید گلبولهای قرمز خون شده و در کودکان منجر به مرگ و میز آنان می‌گردد.

در گذشته برای درمان فاویسم از «دوشاب»^{۳۶} به خصوص «اربا دوشاب»^{۳۷} استفاده می‌شد. لیکن با گسترش مؤسسات بهداشتی و درمانی در سطح گیلان مبتلایان به فاویسم در اورژانس بیمارستانها تحت درمان قرار می‌گیرند. از مطالعاتی که در اطراف فاویسم صورت گرفته نتایج به شرح زیر به دست آمده است:

۱ - بیشتر مبتلایان به فاویسم کودکان ۱ تا ۳ ساله هستند.

۳۲. ولایت دارالمرز ایران، گیلان، صفحه ۵۵۱، ۵۵۲.

۳۳. مردم و دینهای ایران، صفحه ۳۲۰ - ۳۲۸.

۳۴. فاویسم در گیلان، باقلا زاله است.

۳۵. همولیز hemolysis تحلیل گلبولهای قرمز خون و آزاد شدن از هموگلوبین است. به عبارت دیگر

همولیز عبارتست از «تخریب عناصر پخته‌ای خون».

۳۶. دوشاب، شیره انگور است.

۳۷. اربا دوشاب، شیره خرمندی (خرمائی وحشی) که در جنگلهای گیلان به طور فراوان یافت می‌شود.

جدول شماره ۹ - مبتلایان به فاویسم استان گیلان بر حسب مردوزن و سن در سال ۱۳۴۸

سن	جنس		مرد		زن		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کمتر از ۱ سال	۴	۲/۰	۰	۰	۴	۱/۶	۴	۱/۶
۱ تا ۲ سال	۲۴	۲۱/۹	۱۳	۲۴/۵	۵۷	۲۲/۴	۷۱	۲۷/۹
۲ تا ۳ سال	۶۵	۳۲/۳	۱۴	۲۶/۴	۷۹	۳۱/۱	۹۳	۳۵/۴
۳ تا ۴ سال	۳۱	۱۵/۴	۱۴	۲۶/۴	۴۵	۱۷/۷	۵۹	۲۲/۱
۴ تا ۵ سال	۱۶	۸/۰	۰	۰	۱۶	۶/۳	۱۶	۶/۳
۵ تا ۶ سال	۱۲	۵/۹	۳	۵/۹	۱۵	۵/۹	۱۵	۵/۹
۶ تا ۷ سال	۹	۴/۵	۲	۳/۸	۱۱	۴/۳	۱۳	۴/۷
۷ تا ۸ سال	۵	۲/۵	۱	۱/۹	۶	۲/۴	۷	۲/۶
۸ تا ۹ سال	۴	۲/۰	۱	۱/۹	۵	۲/۰	۶	۲/۴
۹ تا ۱۰ سال	۱	۰/۵	۰	۰	۱	۰/۴	۱	۰/۴
۱۰ تا ۱۵ سال	۶	۳/۰	۴	۷/۵	۱۰	۳/۹	۱۴	۵/۱
۱۵ تا ۲۰ سال	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲۰ تا ۳۰ سال	۰	۰	۰	۰	۱	۰/۴	۱	۰/۴
۳۰ تا ۴۰ سال	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۴۰ سال به بالا	۴	۲/۰	۰	۰	۴	۱/۶	۴	۱/۶
جمع کل استان	۲۰۱	۱۰۰/۰	۵۳	۱۰۰/۰	۲۵۴	۱۰۰/۰	۲۵۴	۱۰۰/۰

- رقم مساوی صفر است.

۲ - حدود ۹۵ درصد مبتلایان به فاویسم را کودکان زیر ۱۰ سال تشکیل می دهند.

۳ - پسران خردسال بیش از دختران خردسال به این بیماری مبتلا می شوند.

۴ - هر محلی که باقلای سازندگانی کشت و یا مصرف شده مبتلایان به فاویسم دیده شده اند.

جدول شماره ۹ که مربوط به یکی از بررسیهاست توزیع سنی و جنسی مبتلایان به بیماری فاویسم را به خوبی نشان می دهد.

بیماریهای آمیزشی

پیش از این، در گیلان به خصوص در رشت بیماران مبتلا به سوزاک و سیفلیس فراوان بودند. از پیشگیری و درمان و مبارزه با بیماریهای آمیزشی خبری نبود. کوجه آنتی کتان رشت (بخشی از محله بدنام آن زمان)، مرکز زنان منحرف و کانون این گونه بیماریها بود. بعدها که خانهای قساد در گیلان برچیده شدند، زنان منحرف در سراسر شهرها پراکنده شده و بدین وسیله پیش از پیش به ادامه اشاعه بیماریهای آمیزشی دامن زدند.

با کشف آنتی بیوتیکها و استفاده از آنها و نیز تأسیس مرکز مبارزه با بیماریهای آمیزشی رشت در سال ۱۳۳۷ مبارزه شدیدی علیه این بیماریها آغاز

شد. مرکز مزبور با نیروی انسانی و بخشهای زیر کار خود را شروع کرد: - کل کارکنان ۱۸ نفر (۲ نفر پزشک و ۱۶ نفر کارکنان فنی و اداری). - بخش خدمات اجتماعی مردان. - بخش خدمات اجتماعی زنان. - بخشهای آزمایشگاه و تزریقات.

لازم به تذکر است که در سال تأسیس این مرکز تعداد ۴۴۷ مورد سوزاک و ۶۷۰ مورد سیفلیس در سطح گیلان گزارش شده بود. با شروع فعالیت مرکز، کارکنان سازمانها، کارگران و پیشهوران مورد آزمایش قرار گرفتند و مبتلایان به طور رایگان تحت درمان قرار داده شدند. معاینه و درمان زنان منحرف علی‌رغم دشواریهای فراوان انجام گردید. به علاوه صدور گواهی تندرستی قبل از ازدواج نیز به مرحله اجرا گذاشته شد. عملیات مبارزه با بیماریهای آمیزشی به طور مستمر انجام گردید و آمار مبتلایان به بیماریهای مزبور رو به کاهش گذاشت. آمار زیر نشان دهنده این واقعت است:

شهرستان مبتلایان به سوزاک - مبتلایان به سیفلیس

آستارا	۱۵ مورد	۱۶ مورد
بندر انزلی	۱۵۵ مورد	۲۹۲ مورد
رودبار	۴۰ مورد	۲ مورد
رودسر	۱۱ مورد	۲۳ مورد
رشت	۲۴ مورد	۱۷۵ مورد
صومعه سرا	۱۰۳ مورد	۰
قومن	۸ مورد	۰
لاهیجان	۲۳ مورد	۰
لنگرود	۲ مورد	۰
هشتپر طوالش	۲۲ مورد	۴۰ مورد

جمع کل استان ۴۰۳ مورد ۵۴۸ مورد

در سالهای بعد مبارزه با بیماریهای آمیزشی با استفاده گسترده از داروهای جدید در چهارچوب وسیعتری دنبال گردید. به طوری که در سال ۱۳۴۸ تعداد موارد سوزاک به ۳۶۶ (۲۶ در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت) رسید و ابتلا به سیفلیس گزارش نشد.

در فاصله سالهای ۱۳۴۸ تا ۱۳۶۹ ضمن اجرای برنامههای دقیق و مؤثر اعم از بهداشتی و درمانی و بهزیستی بیماریهای سوزاک و سیفلیس رو به نابودی نهاد.

اسهالها و انگلهای روده‌ای

طبق آمار منتشر رسمی، در سال ۱۳۶۹ تعداد ۳۲،۲۵۳ مورد بیمار مبتلا به انواع اسهالهای بالینی در استان گیلان گزارش شده است. با این حساب در سال مورد مطالعه ما از هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت گیلان ۱۴۳۰ نفر دچار اسهال بوده است. همینطور رقم مبتلایان به انگلهای روده‌ای نیز چشمگیر بوده زیرا مبتلایان به انگلهای روده‌ای دیده شده در آزمایشگاههای گیلان ۲۲،۳۴۸ مورد

همچنین در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها (ICD)³⁶ در لیست اسامی ۱۵۰ گانه بیماریها که طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت مورد عمل در گیلان است نمونه‌های فراوانی تحت عنوان «سایر بیماریها» وجود دارد. مثلاً از ۱۵۰ بیماری، تعداد ۲۶ بیماری عنوان مذکور را دارند و تعداد مزبور افزون بر ۱۷ درصد بیماریهای لیست یاد شده است.

در گیلان تجارب چند ساله استفاده از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها نشان دهنده این واقعیت است که تا کنون معانی و مفاهیم و مقررات و موازین طبقه‌بندی مذکور به نحو مطلوب مورد استفاده قرار نگرفته و در اغلب موارد با موفقیت کامل همراه نبوده است. به طور مثال، در سال ۱۳۶۸، تعداد ۱۳۰۰۲۶۲ بار بیماران مبتلا به بیماریهای عفونی و انگلی به مؤسسات بهداشتی و درمانی استان گیلان برای درمان مراجعه کرده‌اند. این گروه که در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها، گروه اول محسوب می‌گردد خود شامل ۴۴ بیماری است. بر طبق آمار مزبور ۸۲۰۹۰۲ مورد یعنی حدود ۶۴ درصد، تحت عنوان «سایر بیماریها» ذکر گردیده است. بررسی بیشتر حاکی است که مبتلایان به بیماریهای عفونی انگلی که به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه می‌کنند، نوع بیماری عفونی بیش از نیمی از آنها مشخص نیست. از این رو در مقایسه مبتلایان به بیماریهای عفونی و انگلی با یکدیگر باید جانب احتیاط را از دست نداد. لیکن در مقایسه مبتلایان به بیماریهای عفونی و انگلی با سایر گروههای بین‌المللی می‌توان از اعتماد و اطمینان بیشتری برخوردار بود.

طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها و علل پزشکی مبرگ سازمان جهانی بهداشت با همکاری کلیه کارشناسان و اظهار نظر کشورهای عضو به صورت جامع و گسترده تهیه و تدوین گردیده است. بنابراین به جرئت می‌توان گفت در این طبقه‌بندی جزئیات لازم در زمینه معانی، تعاریف و قواعد به طور کامل منظور شده و شاید مناسبترین مجموعه برای این کار باشد. نکته مهم دیگر که باید به آن اشاره شود برگردان واژه‌ها، اصطلاحات و عبارات پزشکی انگلیسی به فارسی است. در این پژوهش اگر چه سعی شده است از دقیق‌ترین معنا و مفهوم فارسی برای ترجمه لغات استفاده شود ولی اصطلاحات و عبارات انگلیسی نیز در کنار برگردان فارسی گنجانده شده است.

با توجه به طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها، در جدول شماره ۱۰ تعداد مبتلایان به انواع بیماریها که به مؤسسات بهداشتی و درمانی استان گیلان مراجعه کرده‌اند آورده شده است. همچنین در جدول شماره ۱۱ آمار همین مبتلایان مراجعه کننده در قالب ۱۷ گروه بین‌المللی³⁶ بیماریها ارائه گردیده است.

بیماریهای عفونی و انگلی، تنفسی و گوارشی

بر اساس آمارهای موجود، در سطح استان گیلان، در سال ۱۳۶۸ مجموعاً مبتلایان به انواع بیماریها وسوانح و صدمات ۵۲۳۰۶۲۵ بار جهت مداوای خود به مؤسسات بهداشتی و درمانی مستقر در این منطقه مراجعه کرده‌اند. از این

بود که ۱۰۱۷ در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت این استان می‌شود. بررسی‌های بیشتر حاکی است وره‌های ملتحمه، آبله‌مرغان و هیانتیهای عفونی نیز درجه بروز بالایی داشته‌اند. علاوه بر آنچه گفته شد ۱۶۰ مورد (۸ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت) بیماران کجلی در میان سایر بیماریهای واگیر گزارش شده گیلان، با وجود ارتقاء سطح سواد و بهداشت جامعه، نشان‌دهنده تداوم شیوع این بیماری در میان ساکنان استان گیلان است.

رویه‌رفته باید گفت دستیابی به آمار و اطلاعات کامل احتیاج به همکاری همه‌جانبه عموم مؤسسات بهداشتی و درمانی و کلیه پزشکان شاغل در بخش دولتی و بخش خصوصی دارد. در استان گیلان، در زمینه گزارش سرتب بیماریهای واگیر در گذشته و حال چند نکته مهم و اساسی وجود دارد که لازم است در اینجا ذکر شوند:

۱- از قام گزارش شده بیماریهای واگیر، در مورد بیشتر بیماریها کمتر از تعداد موارد واقعی آنهاست. زیرا نه تنها پزشکان آزاد (پزشکان دارای مطب خصوصی) بلکه مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز در اعلام موارد بیماریهای واگیر همکاری لازم را معمول نمی‌دارند. علاوه بر آن، گزارش موارد بیماریهای واگیر نقاط روستایی نیز به علت عدم تشخیص و نیز عدم برخورداری از امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی به طور کامل و صحیح انجام نمی‌گیرد.

۲- عدم دسترسی به دستگاههای تشخیص پزشکی و آزمایشگاهی و لوازم و دارو سبب گردیده تا تشخیص بیماریها بر پایه حدس و گمان نهاده شود. به همین دلیل به جز بیماریهایی که با تأیید آزمایشگاهی گزارش گردیده‌اند و همچنین بیماریهایی که با علائم ساده و آشکار مورد تشخیص قرار می‌گیرند، در استفاده از بقیه آمارها باید جانب احتیاط را نگهداشت.

۳- گاهی موارد گزارش شده بعضی از بیماریهای مزمن که مداوای آنها به طول می‌انجامد تکرار می‌گردد و بدین ترتیب موجبات زیاد شماری فسرهم می‌شود. باید دانست که این امر در مورد ارقام گزارش شده بیشتر بیماریها مشاهده می‌گردد.

از آنچه گفته شد می‌توان دریافت که موارد مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی گیلان به معنای میزان واقعی ابتلا به بیماریها نیست. زیرا آنچه مسلم است تعداد قابل توجهی از بیماران به علت زیر در جمع آمارها منظور نمی‌شوند:

۱- عدم دسترسی به مؤسسات بهداشتی و درمانی.
۲- بی‌اطلاعی ساکنان از تسهیلات بهداشتی و درمانی دور و اطراف محل سکونت خویش.

۳- احتراز از مراجعه به بیمارستانها و درمانگاههای دولتی به علت عدم اعتماد به آنها و مراجعه به بخشهای خصوصی.

۴- عدم تمایل بخش خصوصی به اعلام موارد بیماری.
۵- سهل‌انگاری مؤسسات دولتی در اعلام موارد بیماری.

از سوی دیگر عده‌ای از ساکنان روستاها برای مداوا به مؤسسات بهداشتی و درمانی مستقر در شهرها مراجعه می‌کنند. بنابراین در آمار بیماران شهری محسوب می‌شوند.

36. International Classification of diseases.

۳۹. متن انگلیسی گروههای بین‌المللی بیماریها در صفحه ۵۶۸.

جدول شماره ۱۰ - تعداد دفعات مراجعه مبتلایان به انواع بیماریها به مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان در سال ۱۳۶۸.

ردیف	بیماریها و علل پزشکی	Cause groups.	تعداد دفعات مراجعه	میزان دفعات مراجعه به ازای ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت
۱	وبا	Cholera.	۰	۰
۲	تب حصبه	Thyphoid fever.	۲۱	۱
۳	شبه حصبه و سایر عفونتهای سالمونلائی	paratyphoid fever and other salmonella infection.	۱۳۲	۶
۴	دیسانتری باسیلی و آمیبی	Bacillary dysentery and amebiasis.	۱۴۹۲	۶۸
۵	التهاب روده باریک (آنتریت) و بیماریهای مربوط به اسهال	Enteritis and diarrheal diseases.	۳۱۵۵۳	۱۴۳۶
۶	سل دستگاه تنفسی	Tuberculosis of respiratory system.	۳۵۹۳	۱۶۳
۷	سل مننژها و دستگاه مرکزی اعصاب	Tuberculosis of meninges and central nervous system.	۲۷	۲
۸	سل روده ها، صفاق و غدد مزاتر (روده بندی)	Tuberculosis of intestines, peritoneum and mesenteric glands.	۰	۰
۹	سل استخوانها و مفاصل	Tuberculosis of bones and joints.	۹	کمتر از ۱
۱۰	سایر انواع سل شامل آثار بعدی آن	Other tuberculosis including late effects.	۶	کمتر از ۱
۱۱	طاعون	Plague.	۰	۰
۱۲	سیاه زخم (آنتراکس)	Anthrax.	۰	۰
۱۳	تب مالت	Brucellosis.	۱۶۹	۸
۱۴	جذام	Leprosy.	۰	۰
۱۵	دیپتیری	Diphtheria.	۰	۰
۱۶	سیاه سرفه	Whooping Cough.	۴	کمتر از ۱
۱۷	گلودردهای استرپتوکوکی و مخمک	Streptococcal sore throat and scarlet-fever.	۸۸۷۵	۴۰۴
۱۸	باد سرخ	Erysipelas.	۰	۰
۱۹	عفونتهای مننگوکوکی	Meningococcal infection.	۰	۰
۲۰	کزاز	Tetanus.	۰	۰
۲۱	سایر بیماریهای مربوط به باکتریها (باکتریائی)	Other bacterial diseases.	۳۳۹۳	۱۵۲
۲۲	فلج اطفال	Acute poliomyelitis.	۰	۰
۲۳	عوارض بعدی فلج اطفال	Late effect of Poliomyelitis.	۰	۰
۲۴	آبله	Smallpox.	۰	۰
۲۵	سرخک	Measles.	۴۳	۲
۲۶	تب زرد	Yellow fever.	۰	۰
۲۷	انسفالیت ویروسی	Viral encephalitis.	۰	۰

ادامه جدول شماره ۱۰ - تعداد دفعات مراجعه مبتلایان به انواع بیماریها به مؤسسات بهداشتی و درمانی و ایسته به سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان در سال ۱۳۶۸.

ردیف	بیماریها و علل پزشکی	Cause groups.	تعداد دفعات مراجعه به ازای ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد دفعات مراجعه
۲۸	هیپاتیت‌های عفونی.	Infectious hepatitis.	۶۱	۱۳۵۱
۲۹	سایر بیماریهای ویروسی.	Other viral diseases.	۱۰۱۶	۲۲۳۳۹
۳۰	تیفوس و سایر آلودگی به ریکتزیا.	Thyphus and other rickettsioses.	۰	۰
۳۱	مالاریا.	Malaria.	۰	۰
۳۲	آلودگی با تریپانوزومها.	Trypanosomiasis.	۰	۰
۳۳	تب راجعه.	Relapsing fever.	۰	۰
۳۴	سیفلیس مادرزادی.	Congenital syphilis.	۰	۰
۳۵	سیفلیس زودرس نشانه‌ای.	Early syphilis, symptomatic.	۰	۰
۳۶	سیفلیس دستگاه مرکزی اعصاب.	Syphilis of central nervous system.	۰	۰
۳۷	سایر انواع سیفلیس.	Other syphilis.	۰	۰
۳۸	عفونتهای گونوکوکوی.	Gonococcal infections.	۰	۰
۳۹	آلودگی با کرمهای جنس شستوزوما.	Schistosomiasis.	۰	۰
۴۰	کیست هذائید (ابتلاء به کیست هذائید).	Hydatidosis.	۰	۰
۴۱	عفونتهای فیلاریائی (عفونتهای مربوط به کرم نخ‌شکل).	Filarial infection.	۰	۰
۴۲	انکیلوستومیاز.	Ancylostomiasis.	۱	۲۱
۴۳	سایر هلمینتیازها (مبتلایان به کرم روده).	Other helminthiasis.	۱۳۵۷	۲۹۸۲۶
۴۴	سایر بیماریهای عفونی و انگلی.	All other infective and parasitic diseases.	۱۲۲۶	۲۷۳۸۸
۴۵	سرطان (توبلاسم) بدخیم دهانی و گلو (حلق).	Malignant neoplasm of buccal cavity and pharynx.	۰	۰
۴۶	سرطان بدخیم مری.	Malignant neoplasm of oesophagus.	۱ کمتر از	۲
۴۷	سرطان بدخیم معده.	Malignant neoplasm of stomach.	۱ کمتر از	۳
۴۸	سرطان بدخیم روده (به استثنای رکتوم).	Malignant neoplasm of intestine, except rectum.	۱ کمتر از	۵
۴۹	سرطان بدخیم رکتوم و محل اتصال رکتوسیگموئید.	Malignant neoplasm of rectum and rectosigmoid junction.	۱ کمتر از	۲
۵۰	سرطان بدخیم حنجره.	Malignant neoplasm of larynx.	۰	۰
۵۱	سرطان بدخیم نای، نایزه و ریه.	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung.	۱ کمتر از	۳
۵۲	سرطان بدخیم استخوان.	Malignant neoplasm of bone.	۱ کمتر از	۱
۵۳	سرطان بدخیم پوست.	Malignant neoplasm of skin.	۰	۰

ادامه جدول شماره ۱۰ - تعداد دفعات مراجعه مبتلایان به انواع بیماریها به مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان در سال ۱۳۶۸.

ردیف	بیماریها و علل پزشکی	Cause groups.	تعداد دفعات مراجعه	تعداد دفعات مراجعه به ازای ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت
۵۴	سرطان بدخیم پستان.	Malignant neoplasm of breast.	۰	۰
۵۵	سرطان بدخیم گردن رحم.	Malignant neoplasm of cervix uteri.	۰	۰
۵۶	سایر سرطانهایی بدخیم زهدان (رحم).	Other malignant neoplasm of uterus.	۰	۰
۵۷	سرطان بدخیم پروستات.	Malignant neoplasm of prostate.	۰	۰
۵۸	سایر سرطانهایی بدخیم بدون موضع های مشخص شده.	Malignant neoplasm of other and unspecified sites.	۰	۰
۵۹	سرطان خون (لوسمی).	Leukemia.	۳	کمتر از ۱
۶۰	سایر سرطانهایی لنفاوی و بافت مربوط به خونسازی.	Other neoplasm of lymphatic & haematopoietic tissue.	۶	کمتر از ۱
۶۱	سرطان خوش خیم و سرطانهایی که ماهیت آنها مشخص نشده.	Benign neoplasm & neoplasms of unspecified nature.	۰	۰
۶۲	گواتر غیر سمی.	Nontoxic goiter.	۳۹۰	۱۸
۶۳	تیروئیتیکوز توأم با گواتر یا بدون آن.	Thyrototoxicosis with or without goiter.	۱۹	۱
۶۴	دیابت شیرین.	Diabetes mellitus.	۱۳۰۴۷	۵۹۴
۶۵	کمبود ویتامینها (آویتامینوز) و سایر کمبودهای تغذیه ای.	Avitaminosis and other nutritional deficiencies.	۱۶۹۵۹	۷۷۲
۶۶	سایر بیماریهای غدد داخلی (درون ریز) و بیماریهای سوخت و ساز (مربوط به متابولیسم).	Other endocrine and metabolic diseases.	۱۰۸۰	۴۹
۶۷	کم خونیاها.	Anaemias.	۷۷۴۹	۳۵۲
۶۸	سایر بیماریهای مربوط به خون و اعضای خون ساز.	Other diseases of blood and blood forming organs.	۸۳۸	۳۸
۶۹	بیماریهای روانی (پسیکوزها).	Psychoses.	۳۸۳۳	۱۷۲
۷۰	اختلالات عصبی و شخصیتی و سایر ناراحتیهای غیرروانی.	Neuroses, personality disorders & other nonpsychotic mental disorders.	۱۱۰۲۸	۵۰۳
۷۱	عقب ماندگیهای ذهنی.	Mental retardation.	۳۱۶	۱۴
۷۲	مننژیت.	Meningitis.	۲۸	۱/۳
۷۳	اسکلروز مرکب (تصلب مرکب بافتها).	Multiple sclerosis.	۴۵	۲
۷۴	صرع.	Epilepsy.	۳۶۱	۱۶
۷۵	بیماریهای التهابی چشم.	Inflammatory diseases of eye.	۱۲۵۹۱	۵۷۳
۷۶	آب مروارید (کاتاراکت).	Cataract.	۹۸	۴
۷۷	آب سیاه (گلوکوما).	Glaucoma.	۱	کمتر از ۱

ادامه جدول شماره ۱۰ - تعداد دفعات مراجعه مبتلایان به انواع بیماریها به مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان در سال ۱۳۶۸.

ردیف	بیماریها و علل پزشکی	Cause groups.	تعداد دفعات مراجعه	تعداد دفعات مراجعه به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
۷۸	التهاب گوش میانی (اوتیت) ورم استخوان ماستوئید.	Otitis media and mastoiditis.	۷۸۸۸	۳۵۹
۷۹	سایر بیماریهای سلسله اعصاب و اعضای حسی.	Other diseases of nervous system and sense organs.	۸۴۱	۳۸
۸۰	تب رماتیسم فعال.	Active rheumatic fever.	۱۸۸	۹
۸۱	رماتیسم قلبی مزمن.	Chronic rheumatic heart disease.	۶۳	۳
۸۲	بیماری فشار خون.	Hypertensive disease.	۲۸۱۲۶	۱۲۸۰
۸۳	بیماری اسکیمیک قلب.	Ischaemic heart disease.	۳۹۰	۱۸
۸۴	انواع دیگر بیماری قلب.	Other forms of heart disease.	۲۵۶۹	۱۱۷
۸۵	بیماریهای عروقی مغزی.	Cerebrovascular diseases.	۷۰	۳
۸۶	بیماریهای شریانیها و عروق شعریه.	Diseases of arterioles and capillaries.	۳۹	۱/۸
۸۷	ترومبوز وریدی و آمبولی.	Venous thrombosis and embolism.	۲۵	۱/۱
۸۸	سایر بیماریهای دستگاه جریان خون.	Other diseases of circulatory system.	۳۱۹	۱۴
۸۹	عفونتهای حاد تنفسی.	Acute respiratory infections.	۱۳۱۹۵	۶۰۰
۹۰	آنفلوآنزا.	Influenza.	۲۷۰۸۶	۲۱۴۲
۹۱	پنومونی ویروسی.	Viral pneumonia.	۱۳۸۴	۶۳
۹۲	سایر انواع پنومونی (ذات الریه، سینه پهلو).	Other pneumonia.	۱۷۲۱	۷۸
۹۳	برنشیت، آمفیزم و آسم.	Bronchitis, emphysema and asthma.	۹۷۲۷	۴۲۳
۹۴	هیپرتروفی (بزرگ شدن) لوزه‌ها و آدنوئیدها	Hypertrophy of tonsils and adenoids.	۱۹۰۶۷	۸۶۷
۹۵	آمپیم و آبسه ریه	Empyema and abscess of lung	۱۷۶	۸
۹۶	سایر بیماریهای دستگاه تنفسی	Other diseases of respiratory system.	۹۶۹۰	۴۴۱
۹۷	بیماریهای دندان و نسوج نگهدارنده آن.	Diseases of teeth and supporting structure.	۲۹۲۸۳	۲۲۵۱
۹۸	اولسر پپتیک (زخم معده یا دوازده).	Peptic ulcer.	۲۲۴۲	۲۰۲
۹۹	گاستریت و دئودیت (ورم معده و دوازده).	Gastritis and duodenitis	۱۶۵۵۷	۷۵۳
۱۰۰	آپاندیسیت.	Appendicitis.	۲۱۶	۱۰
۱۰۱	انسداد روده و فتق.	Intestinal obstruction and hernia.	۵۵۴	۲۵
۱۰۲	سیروز کبدی.	Cirrhosis of liver.	۴۱	۳
۱۰۳	وجود سنگ در کیسه صفرا و التهاب کیسه صفرا.	Cholelithiasis and cholecystitis.	۱۱۲	۵
۱۰۴	سایر بیماریهای دستگاه گوارشی.	Other diseases of digestive system.	۱۲۰۸۴	۵۵۰

ادامه جدول شماره ۱۰ - تعداد دفعات مراجعه مبتلایان به انواع بیماریها به مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان در سال ۱۳۶۸.

ردیف	بیماریها و علل پزشکی	Cause groups.	تعداد دفعات مراجعه	تعداد دفعات مراجعه به ازای ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت
۱۰۵	تقریت حاد.	Acute nephritis.	۱۴۰	۶
۱۰۶	سایر تقریت‌ها و نفروزها.	Other nephritis and nephrosis.	۳۹۸	۱۸
۱۰۷	عفونتهای کلیه.	Infection of kidney.	۳۶۱۵	۱۶۲
۱۰۸	سنگهای دستگاه ادراری.	Calculus of urinary system.	۵۴۶	۲۵
۱۰۹	هیپرپلازی پروستات.	Hyperplasia of prostate.	۳۱	۱/۲
۱۱۰	بیماریهای پستان.	Diseases of breast.	۲۹۳	۱۳
۱۱۱	سایر بیماریهای دستگاه تناسلی - ادراری.	Other diseases of genitourinary system.	۶۲۳۰	۲۸۳
۱۱۲	مسمومیتهای حاملگی و نفاسی.	Toxaemias of pregnancy and the puerperium.	۷۳	۳/۳
۱۱۳	خونریزیهای حاملگی و وضع حمل.	Haemorrhage of pregnancy and childbirth.	۹۲	۱۶
۱۱۴	سقط جنین بنا به علل قانونی.	Abortion induced for legal indications.	۹۹	۲/۳
۱۱۵	سایر سقط‌های جنین و سقط جنینهای نامشخص	Other and unspecified abortions.	۹	کمتر از ۱
۱۱۶	مسمومیت عفونی زایمان و نفاسی.	Sepsis of childbirth and the puerperium.	۱۰۲	۴/۶
۱۱۷	سایر عوارض حاملگی، زایمان و نفاسی.	Other complications of pregnancy, childbirth and the puerperium.	۱۷۳۷	۷۹
۱۱۸	زایمان بدون ذکر عوارض.	Delivery without mention of complications.	۴۵۱۱	۲۰۵
۱۱۹	عفونتهای پوستی و نسوج زیرپوستی.	Infections of skin and subcutaneous tissue.	۱۵۰۲۲	۶۸۳
۱۲۰	سایر بیماریهای پوست و نسوج زیرپوستی.	Other diseases of skin and subcutaneous tissue.	۲۱۱۲۵	۹۶۱
۱۲۱	ورم مفاصل و مهره‌ها (آرتریت و اسپوندیلیت).	Arthritis and spondylitis.	۲۹۲۳	۱۳۳
۱۲۲	روماتیسم غیرمفصلی و رماتیسمهای نامشخص.	Non-articular rheumatism and rheumatism unspecified.	۱۳۲۹۱	۶۱۲
۱۲۳	استئومیلیت و پریوستیت.	Osteomyelitis and periostitis.	۰	۰
۱۲۴	آنکیلوز و تغییر شکلهای اکتسابی عضلاتی - اسکلتی.	Ankylosis and acquired musculoskeletal deformities.	۸۰	۳/۶
۱۲۵	سایر بیماریهای عضلاتی - اسکلتی و انساج رابط.	Other diseases of musculoskeletal system and connective tissue.	۱۲۶۷۲	۶۶۸
۱۲۶	اسپینا بیفیدا.	Spina bifida.	۱	کمتر از ۱
۱۲۷	ناهنجاریهای مادرزادی قلب.	Congenital anomalies of heart.	۱۱	کمتر از ۱
۱۲۸	سایر ناهنجاریهای مادرزادی دستگاه گردش خون.	Other congenital anomalies of circulatory system.	۲	کمتر از ۱
۱۲۹	ناهنجاری سق دهان و لب شکری.	Cleft palate and cleft lip	۱۹	۱
۱۳۰	سایر ناهنجاریهای مادرزادی.	All other congenital anomalies.	۱۶	۱

ادامه جدول شماره ۱۰ - تعداد دفعات مراجعه مبتلایان به انواع بیماریها به مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان در سال ۱۳۶۸.

ردیف	بیماریها و علل پزشکی	Cause groups.	تعداد دفعات مراجعه	تعداد دفعات مراجعه به ازای ۱۰۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
۱۳۱	صدمات ناشی از تولد و زایمان سخت.	Birth injury and difficult labor.	۱۷	۱
۱۳۲	حالات جفت و بند ناف.	Conditions of placenta and cord.	۶	کمتر از ۱
۱۳۳	بیماری همولیتیک نوزادان	Haemolytic disease of new born.	۱۰	کمتر از ۱
۱۳۴	حالات آنوکسیک و هیپوکسیک که در جای دیگر طبقه بندی نشده.	Anoxic and hypoxic conditions not elsewhere classified.	۲	کمتر از ۱
۱۳۵	سایر بیماریها و علل مرگ قبل از زایمان.	Other causes of perinatal morbidity and mortality.	۲	کمتر از ۱
۱۳۶	کهولت بدون ذکر بیماری روانی.	Senility without mention of psychosis.	۲۴۵۳	۱۱۲
۱۳۷	علائم و سایر حالات بدتعریف شده.	Symptoms and other ill-defined conditions.	۹۸۶	۴۵
۱۳۸	تصادفات با وسایل نقلیه موتوری.	Motor vehicle accidents.	۱۷۶۲	۸۰
۱۳۹	تصادفات با سایر وسایل نقلیه.	Other transport accidents.	۶۲۴	۲۹
۱۴۰	مسمومیتهای اتفاقی.	Accidental poisonings.	۱۲۴۹	۵۷
۱۴۱	سقوطهای اتفاقی.	Accidental falls.	۹۹۵	۴۵
۱۴۲	سوانح ناشی از آتش.	Accidents caused by fire.	۳۰۳۸	۱۳۸
۱۴۳	غرق کردن یا غرق شدن اتفاقی و غوطه ورسازی.	Accidental drowning and submersion.	۳۶	۱/۶
۱۴۴	سوانح ناشی از گلوله سلاح گرم.	Accidents caused by fire arm missiles.	۲۳	۱
۱۴۵	سوانح و تصادفات عمدتاً از نوع صنعتی.	Accidents mainly of industrial type.	۲۳۰	۱۰
۱۴۶	سایر تصادفات و سوانح.	All other accidents.	۱۷۸۲	۸۱
۱۴۷	خودکشی و صدمات عمدی.	Suicide and self-inflicted injury.	۱	کمتر از ۱
۱۴۸	آدم‌کشی و صدمات وارده عمدی به وسیله اشخاص دیگر.	Homicide and injury purposely inflicted by intervention.	۵	کمتر از ۱
۱۴۹	صدمات نامشخص اتفاقی یا عمدی.	Injury undetermined whether accidentally or purposely inflicted.	۳۲۹	۱۶
۱۵۰	صدمات ناشی از عملیات جنگی	Injury resulting from operating of war	۲۴	۱/۱
جمع کل استان				۲۳۸۲۳

رقم صدای صفر است.

رقم ۱۳۰۰۲۶۲ مراجعه مربوط به مبتلایان به بیماریهای عفونی و انگلی بوده است. بدین ترتیب از هر ۴ نفر که برای استفاده از امکانات بهداشتی و درمانی به این گونه مؤسسات مراجعه نموده اند ۱ نفر مبتلا به بیماریهای عفونی و انگلی بوده است. ابتلا به بیماریهای تنفسی در این سال نظیر بیماریهای عفونی و انگلی، نسبت بالایی داشته است. مثلاً این گونه مبتلایان ۱۰۴۰۰۶۶ بار برای مداوای

جدول شماره ۱۱ - دفعات مراجعه مبتلایان به انواع بیماریها به مؤسسات بهداشتی و درمانی استان گیلان برحسب گروههای بین المللی بیماریها در سال ۱۳۶۸.

شماره گروه	شرح	دفعات مراجعه	
		تعداد	نسبت به ازای جمعیت
اول	بیماریهای عفونی و انگلی	۱۳۰۲۶۲	۲۲/۹
دوم	سرطانات و سایر نوزدها	۲۷	کمتر از ۱/۲
سوم	بیماریهای غدد داخلی، تغذیه ای و سوخت و ساز	۳۱۴۹۵	۶/۰
چهارم	بیماریهای خون و اعضای خون ساز	۸۵۸۷	۱/۶
پنجم	بیماریهای روحی و دماغی	۱۵۱۹۷	۲/۹
ششم	بیماریهای دستگاه اعصاب و اعضای حسی	۲۱۸۵۳	۴/۲
هفتم	بیماریهای دستگاه گردش خون	۳۱۷۸۹	۶/۱
هشتم	بیماریهای دستگاه تنفسی	۱۰۲۰۶۶	۱۹/۵
نهم	بیماریهای دستگاه گوارشی	۸۳۴۹۱	۱۵/۹
دهم	بیماریهای دستگاه کلیوی و ادرار	۱۱۲۵۳	۲/۱
یازدهم	عوارض حاملگی، وضع حمل و تولد	۶۶۲۵	۱/۳
دوازدهم	بیماریهای پوستی و نسوج زیرجلدی	۳۶۱۴۷	۶/۹
سیزدهم	بیماریهای دستگاه عضلات، اسکلت و نسوج رابط (استخوان)	۳۱۱۶۶	۵/۹
چهاردهم	ناهنجاریهای مادرزادی	۵۱	کمتر از یک صدم
پانزدهم	بیماریهای نوزادان	۳۷	کمتر از یک صدم
شانزدهم	علائم و حالات بد تعریف شده	۳۲۳۹	۰/۷
هفدهم	سوانح، مسمومیتها و خودکشیها	۱۰۱۴۰	۱/۹
	جمع کل استان	۵۲۳۶۲۵	۱۰۰/۰

ادامه زیر نویس شماره ۳۹

- 1 - Infective and parasitic diseases.
- 2 - Neoplasm and other tumors.
- 3 - Endocrine, nutritional, and metabolic diseases.
- 4 - Diseases of the blood and blood forming organs.
- 5 - Mental disorders.
- 6 - Diseases of the nervous system and sense organs.
- 7 - Diseases of the circulatory system.
- 8 - Diseases of the respiratory system.
- 9 - Diseases of the digestive system.
- 10 - Diseases of the genitourinary system.
- 11 - Complications of pregnancy, childbirth, and the puerperium.
- 12 - Diseases of the skin and subcutaneous tissue.
- 13 - Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue.
- 14 - Congenital anomalies.
- 15 - Certain causes of pre-natal morbidity and mortality.
- 16 - symptoms and ill-defined conditions.
- 17 - Accidents, poisonings and violence.

خود به مؤسسات بهداشتی و درمانی مراجعه کرده اند. در واقع ۱۹/۵ درصد کل مراجعه کنندگان، مبتلایان به بیماریهای دستگاه تنفسی بوده اند. بنا بر آنچه گفته شده از هر ۵ نفر مراجعه کننده ۱ نفر مبتلا به بیماریهای تنفسی بوده است. از بررسی آمارهای درمانی گیلان به این نتیجه می رسیم که در سال ۱۳۶۸ بیماران مبتلا به امراض گوارشی ۸۳۰۴۹۱ بار (۱۵/۹ درصد کل مراجعات) به مؤسسات درمانی مراجعه کرده اند. بدین ترتیب از هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت گیلان ۳۸۰۰ بیمار گوارشی به درمانگاهها و بیمارستانها مراجعه نموده اند. این ارقام به خوبی نشان می دهد که اولاً هر ۶ بار که به مؤسسات مذکور جهت درمان مراجعه شده ۱ بار آن به علت درمان بیماریهای گوارشی بوده و ثانیاً میزان دفعات مراجعه بیماران این گروه بین المللی نیز وضع چشمگیری داشته و بالاخره در رده سوم قرار گرفته است.

۷ گروه بیماری رایج در گیلان

در اینجا ضمن ارائه آماری که وقور ۷ گروه بین المللی بیماریها را در استان گیلان ارائه می دهد در مورد هر یک به مطالعه می پردازیم:

رده اول - بیماریهای عفونی و انگلی ۱۳۰۲۶۲ بار مراجعه (۲۲/۹ درصد کل دفعات مراجعه).
 رده دوم - بیماریهای دستگاه تنفسی ۱۰۲۰۶۶ بار مراجعه (۱۹/۵ درصد کل دفعات مراجعه).
 رده سوم - بیماریهای دستگاه گوارشی ۸۳۰۴۹۱ بار مراجعه (۱۵/۹ درصد کل دفعات مراجعه).
 رده چهارم - بیماریهای پوستی و نسوج زیرجلدی ۳۶۱۴۷ بار مراجعه (۶/۹ درصد کل دفعات مراجعه).
 رده پنجم - بیماریهای دستگاه گردش خون ۳۱۰۷۸۹ بار مراجعه (۶/۰ درصد کل دفعات مراجعه).
 رده ششم - بیماریهای غدد داخلی، تغذیه ای و سوخت و ساز ۳۱۰۴۹۵ بار مراجعه (۱۰/۶ درصد کل دفعات مراجعه).
 رده هفتم - بیماریهای دستگاه عضلات، اسکلت و نسوج رابط (استخوان) ۳۱۰۱۶۶ بار مراجعه (۵/۹ درصد کل دفعات مراجعه).

از بررسی این آمار می توان دریافت که بیماران مبتلا به امراض عفونی و انگلی به تنهایی حدود مبتلایان به «بیماریهای پوستی و نسوج زیر جلدی»، «بیماریهای دستگاه گردش خون»، «بیماریهای غدد داخلی، تغذیه ای و سوخت و ساز» و «بیماریهای دستگاه عضلات، اسکلت و نسوج رابط» بوده است. بنا بر این لزوم اقدامات وسیع جهت کنترل بیماریهای عفونی و انگلی و گروههای دیگر بین المللی به خصوص بیماریهای دستگاه تنفسی و گوارشی احساس می گردد.

شاخصهایی از بیماریهای عفونی و انگلی که دفعات مراجعه بیشتری داشته اند بدین قرارند:

اول - التهاب روده (آنتریت) و بیماریهای مربوط به اسهال ۳۱۰۵۵۳ بار (۱۴۳۶ در ۱۰۰۰۰ جمعیت).



واکسیناسیون علیه بیماریهای واگیر در مرکز بهداشت رشت در سال ۱۳۴۰

سازمان جهانی بهداشت و با همکاری خود این سازمان و یونسف در آلمانای اتحاد جماهیر شوروی سابق، از ۶ تا ۱۲ سپتامبر ۱۹۷۸ میلادی تشکیل گردید. در منشور این کنفرانس که به «اعلامیه جهانی آلمانای» معروف شده «مراقبتهای بهداشتی اولیه» مهمترین استراتژی و رمز نیل به هدفهای «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی» شناخته است.

به طور کلی باید گفت بیماری واگیر مرضی است که از یک بیمار به دیگران سرایت می کند و واکسن نیز ماده ای است که جهت ایجاد مصونیت در مقابل یک یا چند بیماری تزریق یا تلقیح می شود. جهت توضیح بیشتر می توان گفت واکسنها هم عبارت از میکروبیهای ضعیف شده مواد امراض و یا سموم میکروبی ضعیف شده آنها می باشند. معمولاً آنها را زیر جلدی و یا داخل عضله

جدول شماره ۱۲ - وضع ۶ بیماری قابل پیشگیری توسط واکسن در استان گیلان در سالهای ۱۳۳۷ و ۱۳۶۹.

شرح	سال ۱۳۳۷		سال ۱۳۶۹	
	موارد گزارش شده	به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت	موارد گزارش شده	به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت
بیماری				
دیفتری	۹۷۵	۵۶	۰	۰
سیاه سرفه	۱۵۴۹	۸۸	۰	۰
سرخک	۱۵۸۳	۹۱	۰	۰
سل ریوی	۱۴۰۵	۸۰	۲۱۸	۹/۴
قلح اطفال	۲۶	۲	۰	۰
کزاز	۲۳	۲/۴	۰	۰

* درجه بروز بر حسب ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت است.
- رقم منهای صفر است.

شناخته شده و یاد در صورت اسامی ۱۵۰ بیماری وجود نداشته جزو سایر بیماریها به شمار آمده است.

- دوم - گلودردهای استرپتوکوکی و مخملک ۸,۸۷۵ بار (۴۰۴) در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت.
- سوم - سل دستگاه تنفسی ۳,۵۹۳ بار (۱۶۳) در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت.
- چهارم - اسهالهای باسایلی و آمیبی ۱۰,۴۹۲ بار (۶۸) در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت.
- پنجم - هیانتیهای عفونی ۱۰,۳۵۱ بار (۶۱) در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت.

علاوه بر آنچه ارائه شد، مسئله دیگری که باید در اینجا مطرح شود مبتلایان به بیماریهای عفونی و انگلی تحت عنوان «سایر بیماریها»^۴ است که دارای دفعات مراجعه بسیار بالا بوده اند. مطالعه و توجه به این عنوانها علی رغم عدم تفکیک بیماریهای هر دسته خالی از اهمیت نیست. در زیر به ۴ عنوان عمده اشاره می نمائیم:

- اول - سایر هلمنتیازها (مبتلایان به کرمهای روده ای) ۲۹,۸۲۶ بار (۱۳۵۷) در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت.
- دوم - سایر بیماریهای عفونی و انگلی ۲۷,۳۸۸ بار (۱۲۴۶) در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت.
- سوم - سایر بیماریهای ویروسی ۲۲,۳۳۹ بار (۱۰۱۶) در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت.
- چهارم - سایر بیماریهای باکتریائی ۳,۳۹۳ بار (۱۵۴) در ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت.

آنچه مجموعاً از آمارها و میزانهای ارائه شده برمی آید این است که، از نقطه نظر کنترل بیماریهای عفونی و انگلی به استثنای بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن (شامل: دیفتری، سیاه سرفه، سل، سرخک، قلح اطفال و کزاز) هنوز هم عقب ماندگیهای قابل توجهی وجود دارد. در منطقه سرسبز گیلان علی رغم وفور آب عموم ساکنان آن از آب مصرفی بهداشتی برخوردار نیستند و علاوه بر آن عدم رعایت بهداشت فردی نیز ابتلا به بیماریها را افزایش می دهد.

بیماریهای قابل پیشگیری توسط واکسن

مقوله بیماریهای واگیر و مبارزه و کنترل و ریشه کن کردن آنها، موضوعی است که مهمترین مسائل و مشکلات بهداشتی کشورهای جهان سوم را تشکیل می دهد. به طوری که در میان اولویتهای بهداشتی این بخش دنیا، بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن و بیماریهای اسهالی و سوء تغذیه در برنامهریزیها جایگاه خاصی را به خود اختصاص داده اند. و سالآخره سازمان جهانی بهداشت در ماده هفت اعلامیه بهداشتی جهانی «آلمانای» انجام ایمن سازی علیه بیماریهای عمده عفونی را به کشورهای عضو توصیه و تأکید نموده است. گفتنی است کنفرانس بین المللی بهداشت با شرکت ۱۳۴ کشور عضو

۴. سایر بیماریها دفعات مراجعه بیمارانی است که بیماری آنان قابل اطمینان با تعاریف، مقایسه و طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت نمی باشد. مثلاً بیماریهایی که علت آنها در مؤسسات درمانی

۶- اداره ثبت احوال صومعه سرا (سال تأسیس ۱۳۰۶ شمسی) با ۱۴ کارمند.

- ۷- اداره ثبت احوال فومن (سال تأسیس ۱۳۰۶ شمسی) با ۱۴ کارمند.
- ۸- اداره ثبت احوال لنگرود (سال تأسیس ۱۳۰۶ شمسی) با ۱۲ کارمند.
- ۹- اداره ثبت احوال آستارا (سال تأسیس ۱۳۰۷ شمسی) با ۹ کارمند.
- ۱۰- اداره ثبت احوال تالش (سال تأسیس ۱۳۰۷ شمسی) با ۱۷ کارمند.
- ۱۱- اداره ثبت احوال رودبار (سال تأسیس ۱۳۰۷ شمسی) با ۱۱ کارمند.
- ۱۲- اداره ثبت احوال آستانه اشرفیه (سال تأسیس ۱۳۶۰) با ۱۳ کارمند.
- ۱۳- اداره ثبت احوال خمام (سال تأسیس ۱۳۶۸) با ۱۰ کارمند.
- ۱۴- اداره ثبت احوال سیاکل (سال تأسیس ۱۳۶۸) با ۹ کارمند.
- ۱۵- اداره ثبت احوال ماسال و شاندیز (سال تأسیس ۱۳۶۸) با ۸ کارمند.

- ۱۶- اداره ثبت احوال رضوانشهر (سال تأسیس ۱۳۶۹) با ۵ کارمند.
- ۱۷- اداره ثبت احوال املش (سال تأسیس ۱۳۷۰) با ۵ کارمند.
- ۱۸- اداره ثبت احوال رحیم آباد (سال تأسیس ۱۳۷۰) با ۳ کارمند.
- ۱۹- اداره ثبت احوال سنگر (سال تأسیس ۱۳۷۱) با ۳ کارمند.
- ۲۰- اداره ثبت احوال عمارلو (سال تأسیس ۱۳۷۱) با ۵ کارمند.
- ۲۱- اداره ثبت احوال کوچصفهان با ۳ کارمند.
- ۲۲- اداره ثبت احوال لشت نشا با ۲ کارمند.

پس از تأسیس سبج احوال اندک اندک واقعه تولد افراد در دفاتر ثبت احوال درج گردید و برای متولدين شناسنامه صادر شد. اما واقعه فوت تا مدت ها بعد در دفاتر رسمي منعكس نمي گردید و علل مرگ در بسياري از موارد روشن نبود. به طور كلي آمار صحيح از جمعيت شهرها و شهرستانها وحتى واحدهاي كوچكتر وجود نداشت. هرگونه اظهار نظري در مورد تعداد جمعيت و آمار متولدين و فوت شدگان برحسب حدس و گمان و با توجه به قرائن و شواهد بود. پس از تأسيس سازمان سبج احوال و دفاتر دولتي در گورستانها نيز ملاحظات و مشكلات گوناگوني از نظر ثبت وقايع حياتي وجود داشت. به عنوان مثال در گذشته برخي از روستايان تولد نوزادان پسر را به ثبت نرسانده از گرفتن شناسنامه براي آنان صر فظري مي كردند تا در آينده مجبور به انجام خدمت نظام وظيفه نباشند. در نقاط دور افتاده غالباً دفتر سبج احوال وجود نداشت و ساكنان محروم اين نقاط زحمت سفر به شهرها را مخصوصاً در فصل زمستان به خود هموار نكرده از گرفتن شناسنامه چشم پوشي مي كردند. به همين ترتيب واقعه فوت ثبت نمي شد، زيرا گورستانها در بسياري از نقاط روستايي فاقد دفاتر دولتي براي ثبت واقعه فوت بودند و در نقاطي نيز كه گورستانهاي رسمي و دفاتر دولتي وجود داشت نيازي به ارائه گواهي پزشكي فوت نبود زيرا اين گونه نقاط اصولاً فاقد واحدها و مؤسسات درماني و حتي پزشك و پزشكيار بودند و علل فوت در بسياري از موارد روشن نبود. اين مشكلات و نواقص مختلف در زمينه ثبت وقايع حياتي در زندگي ساكنان استانهاي مختلف به ويژه مناطق روستايي کشور حتى تا سالهاي اخير وجود داشته و هنوز هم به صورت كامل از ميان برداشته نشده است. بنا وجود پيشرفتهاي فراواني كه در زمينه تهيه و تنظيم آمار حاصل شده و استفاده از

تزيين مي كنند. برخي نيز به صورت خوراكي مورد استفاده قرار مي گيرد. آمار ۶ بيماري قابل پيشگيري توسط واكسن در مقطع زماني ۱۳۶۹ - ۱۳۳۷ را در جدول شماره ۱۲ مي توان ديد.

بنا بر آمار و ارقام ارائه شده در اين جدول، طی ۳۰ سال اخير، ايسمن سازي عليه بيماريهاي دبفري، سياه سرفه، سرخك، فلج اطفال و كزاز با موفقيت روبرو بوده و تنها در كنترل بيماري سل توفيق كامل حاصل نشده است. ليكن درجه ابتلاء بيماري سل كه در سال ۱۳۳۷ تعداد آن ۸۰ نفر در ۱۰۰،۰۰۰ جمعيت بود در سال ۱۳۶۹ به ۱۰ نفر در ۱۰۰،۰۰۰ جمعيت کاهش يافته است. طی چند سال اخير از نظر كنترل و ريشه كن كردن بيماري خطرناك سل گامهاي مثبتي برداشته شده اما كافي نيست. زيرا صحو و نابودي كامل ايسن بيماري عفوني و ساري به مراقبتهاي دائمي نياز دارد.

ثبت وقايع حياتي در گيلان

عمولاً آمارهاي حياتي (شامل: تولد، مرگ، ازدواج و طلاق) و جمعيتي از دو منبع عمده «سازمان ثبت احوال» و «سرشماري در دوره هاي مختلف» بدست مي آيد.

ثبت تولد، مرگ، ازدواج و طلاق در پيش بينيهاي جمعيتي و برآورد و تعيين ميزان تغييرات در روند عناصر مهم از قبيل باروري، مرگ و مير و مهاجرت و غيره داراي اهميت فراوان است. از سوي ديگر ثبت وقايع حياتي، اندازه گيري ميزان رشد جمعيت و چگونگي توزيع و تعيين خط مشيهاي صحيح و اصولي جمعيتي را آسان مي سازد. نوع دوم نيز اطلاعاتي هستند كه در سرشماريهاي جمعيتي جمع آوري مي گردند. البته در كشورهايي كه كسب آمار و اطلاعات مزبور مقدور نيست براي تحقيقات خود به روشهاي گوناگون دست مي زنند. در گيلان مانند ساير نقاط کشور تا چندين دهه قبل واقعه تولد و مرگ رسماً ثبت نمي شد چون افراد فاقد شناسنامه بودند. تولد اطفال توسط والدين آنها در ابتدا يا انتهاي قرآن مجيد و نيز كتب مقدس يادداشت مي شد. در سال ۱۲۹۷ شمسي قانون تأسيس سبج احوال کشور به تصويب رسيد و در سال ۱۳۰۳ شمسي سازمان سبج احوال کشور تأسيس شد. يك سال بعد يعني در سال ۱۳۰۴ «دفتر آمار و سبج احوال ولايتي» در گيلان تأسيس گردید. در ۱۳ اسفند همان سال نخستين سند سبجی به نام «جلال تاج» كه به سال ۱۲۸۱ شمسي متولد شده بود صادر گردید. در سال ۱۳۰۵ شمسي دفاتر آمار و سبج احوال در بندر انزلي و لاهیجان تأسيس و در سال ۱۳۰۷ شمسي تعداد دفاتر مذکور به ۱۰ واحد رسيد. در سال ۱۳۷۳ واحدهاي ثبت احوال استان گيلان ۲۱ واحد به قرار زير است:

- ۱- اداره كل ثبت احوال استان گيلان (سال تأسيس ۱۳۰۴ شمسي) با ۲۳ کارمند.
- ۲- اداره ثبت احوال رشت (سال تأسيس ۱۳۰۴ شمسي) با ۲۷ کارمند.
- ۳- اداره ثبت احوال بندر انزلي (سال تأسيس ۱۳۰۵ شمسي) با ۱۲ کارمند.
- ۴- اداره ثبت احوال لاهیجان (سال تأسيس ۱۳۰۵ شمسي) با ۱۴ کارمند.
- ۵- اداره ثبت احوال رودسر (سال تأسيس ۱۳۰۶ شمسي) با ۱۸ کارمند.

در مقایسه آمار موالید کشورهای جهان با استانهای مختلف ایران از جمله گیلان به این نتیجه می‌رسیم که تعداد موالید در این منطقه حسودودو برابر کشورهای پیشرفته و تقریباً معادل کشورهای جهان سوم است.

در مورد مرگ و میر کودکان باید دانست که در حال حاضر مطالعه مرگ و میر کودکان به ویژه از زمان تولد تا سن ۵ سالگی اهمیت خاصی پیدا کرده، به طوری که سازمان جهانی بهداشت در راستای «دستیابی به هدفهای بهداشت برای همه» اقدامات مؤثری را برای کاهش مرگ و میر کودکان به همه کشورهای عضو توصیه نموده است.

به طور کلی آمار مرگ و میر کودکان نشان می‌دهد که تعدادی از نوزادان و کودکان قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی در اثر عوامل و علل نامساعد محیط تلف می‌شوند. حال آن که مراقبتهای بهداشتی درمانی بیشتر و معالجات مؤثر امکان پیشگیری از مرگ و میر آنها را فراهم می‌سازد و با میزان تلفات را کاهش می‌دهد. از طرف دیگر روشن است که قسمت اعظم تلفات کودکان در جهان سوم مربوط به بیماریها و سوانح و صدماتی است که گریز از آنها مشکل نیست و با استفاده از تسهیلات و امکانات بهداشتی و درمانی موجود نیز می‌توان با آنها به مقابله برخاست. اما لازم به یادآوری است که، علی‌رغم پیشرفتهای شگفت‌انگیز، رشته‌های مختلف پزشکی هنوز نتوانسته‌اند مرگ و میر نوزادان ناشی از عوارض حاملگی تکوینی و داخل رحمی و هنگام تولد را به طور کامل تحت کنترل در آورند.

در کشورهای جهان سوم با وجود همه تلاشها، در ثبت و گزارش تلفات کودکان، چه پیش از تولد و چه بعد از آن، و نیز در تعیین علل پزشکی مرگ آنها دقت کافی به عمل نمی‌آید. به عنوان مثال تلفات نوزادان در اثر عوارض بعد از تولد، از سقطهای جنین در آخرین ماههای حاملگی تفکیک نمی‌شود. با توجه به نقش آمار تلفات کودکان در برنامه‌ریزیها لازم است در تهیه و تنظیم این آمارها دقت و توجه خاصی مبذول گردد. حال پس از بیان اهمیت مرگ و میر کودکان، ذیلاً به ۳ شاخص عمده آن در استان گیلان اشاره می‌نماییم:

در سال ۱۳۶۸، طبق آمار بدست آمده از سازمانهای مربوط، میزان مرگ و میر نوزادان^{۱)} (اطفال کمتر از یکماه)، ۲۰/۵ در ۱۰۰۰ بود. این رقم در سال ۱۳۷۰ کاهش پیدا کرده و به ۱۶/۶ در ۱۰۰۰ رسیده است. پس این اساس می‌توان گفت که وضع نوزادان در منطقه گیلان به طور چشمگیری بهبود یافته است.

طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت باید میزان مرگ و میر کودکان کمتر از ۱ سال در تمام کشورهای عضو این سازمان به سطح زیر ۵۰ در ۱۰۰۰ برسد. بر پایه آمارهای رسمی موجود، میزان مرگ و میر اطفال زیر ۱ سال استان گیلان در سال ۱۳۶۷ رقم ۳۳/۶ در ۱۰۰۰ بود که در سال ۱۳۷۰ به رقم ۲۵/۸ کاهش یافت. با این حساب تلفات کودکان کمتر از ۱ سال گیلانی به حدود نصف عدد توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت رسیده است. اگر در گزارش آمارها کم‌شماری وجود نداشته باشد این کاهش را باید موهون تأثیر مثبت اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی و نیز پیشرفتهای علم پزشکی

۱) میزان تلفات اطفال کمتر از یک ماه Neonatal mortality rate. در هر ۱۰۰۰ نوزاد متولد شده است.

وسایل و تجهیزات جدیدی نظیر کامپیوتر در دسترس قرار گرفته است نمی‌توان مدعی بود که وقایع حیاتی زندگی افراد در تمام نقاط کشور و در کلیه موارد به ثبت می‌رسد.

با توجه به آنچه گفته شد، در ارائه آمارها و استفاده از آنها می‌باید جانب احتیاط را رعایت کرد. شکی نمی‌توان داشت، آمارهایی که توسط سازمان آمار کشور و نیز سازمانهای دیگر تهیه و تنظیم و منتشر می‌گردد دارای نواقص گوناگون است. اما باید توجه داشت که این نواقص و مشکلات تنها مربوط به یک استان نیست و استانهای مختلف کشور کم و بیش دچار این مشکلات هستند. بنابراین در سنجشها و مقایسه‌هایی که انجام می‌گیرد می‌توان از آمارهای مزبور استفاده کرده آنها را ملاک و ضابطه سنجش و مقایسه قرار داد. در اینجا باید متذکر شد که ثبت وقایع حیاتی در گیلان نیز چه در گذشته و چه در زمان حال کم و بیش نظیر سایر استانها و نقاط کشور است و از نظر چگونگی ثبت وقایع حیاتی و تهیه و تنظیم و ارائه آمار تفاوت چندانی با سایر نقاط ندارد.

تولد

طی چهار تا پنج دهه اخیر میزان جمعیت کشور به بیش از ۴ برابر افزایش یافته است. یکی از علل مهم و اساسی افزایش جمعیت پیشرفتهای حاصله در امر بهداشت و درمان و جلوگیری از مرگ و میر در سنین مختلف به ویژه در سنین کودکی است. در کشورهای پیشرفته آمار مرگ و میر نوزادان و کودکان به صفر نزدیک می‌شود. بدیهی است علل فرعی دیگر نیز به رشد جمعیت کمک می‌کند. ولی پیشرفتهای علم پزشکی و گسترش و توسعه بهداشت و درمان همراه با عدم کنترل باروری افزایش جمعیت را در استانهای مختلف کشور از جمله گیلان به مرحله نگران کننده‌ای رسانده است.

در سال ۱۳۶۷ برابر گزارش رسمی میزان موالید عمومی (موالید خام) استان گیلان به نسبت هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۲۴/۸ بوده است. به عبارت دیگر به هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در سال مزبور حدود ۲۵ نفر از طریق متولدین اضافه شده است. این میزان در فاصله سالهای ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۰ به تدریج تنزل یافته و به ۲۱/۷ در ۱۰۰۰ نفر جمعیت رسیده است.

گزارش مذکور نشان می‌دهد میزان باروری عمومی که منعکس کننده کل متولدین برای ۱۰۰۰ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله است در سال ۱۳۶۷ رقم ۱۰۸/۶ در ۱۰۰۰ تن زن بود. این رقم در سال ۱۳۷۰ کاهش یافت و به ۹۶/۲ رسید.

همچنین میزان باروری کلی زنان گیلان در سال ۱۳۶۷ رقم ۳/۷ بچه به ازای هر زن در سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ ساله) بود که در سال ۱۳۷۰ به ۳/۲ تنزل پیدا کرد. این شاخصها نشان می‌دهند که هر زن گیلانی در طول دوران باروری خود بیش از ۳ بچه به دنیا می‌آورد. رقم مزبور در کشورهای پیشرفته حدود ۱/۷ بچه و در کل جهان ۳/۳ بچه است. بالاترین رقم در این زمینه مربوط به فیلیپین می‌باشد که ۴/۳ بچه است.

طبق آمار ۱۹۹۱ میلادی هر زن ایتالیایی در طول دوران باروری ۱/۳ بچه، هر زن انگلیسی ۱/۸ بچه، هر زن چینی ۲/۵ بچه، هر زن ژاپنی ۱/۷ بچه و هر زن آمریکایی ۱/۸ بچه به دنیا می‌آورد.

جدول شماره ۱۴ - وقایع حیاتی ثبت شده استان گیلان در سال ۱۳۶۸.

ردیف	نام حوزه ثبت احوال	تعداد متولدین	تعداد متوفیات
۱	آستارا	۱۶۵۰	۲۹۲
۲	آستانه اشرفیه	۲۹۶۰	۴۷۵
۳	بندر انزلی	۲۷۹۷	۶۲۰
۴	رشت	۱۵۵۲۴	۲۸۶۱
۵	خمام	۱۶۵	۳۷
۶	رودسر	۵۶۶۹	۸۹۸
۷	رودبار	۳۹۸۲	۵۲۵
۸	صومعه سرا	۳۳۶۱	۷۵۸
۹	ماسال شاندرمن	۳۰۵	۷۰
۱۰	فومن	۴۱۴۷	۹۵۵
۱۱	ظوالش	۷۶۵۵	۸۲۶
۱۲	لاهیجان	۵۱۸۱	۹۹۴
۱۳	سیاهکل	۲۷۳	۴۶
۱۴	لنگرود	۳۳۷۱	۷۱۲
جمع کل استان		۵۷۰۴۰	۱۰۰۸۹
وقایع حیاتی نقاط شهری		۲۰۴۵۴	۴۹۷۲
وقایع حیاتی نقاط روستایی		۳۶۵۸۶	۵۱۱۷

اکنون وضع فرق کرده، زنها کمتر به سراغ ماماهاى سنتى مى‌روند و بیشتر به مؤسسات بهداشتى و درمانى و کادر متخصص و تحصیل کرده مراجعه مى‌نمایند. امکانات زایمان سالم و بهداشتى تا حدودى فراهم آمده و مراقبتهای دوران بارداری و پس از زایمان افزایش یافته و در نتیجه عوارض سوء این دوره‌ها کاهش یافته است.

بر پایه آمارهای رسمی در استان گیلان ۹۱/۲ درصد زنان تحت پوشش مراقبتهای حین زایمان قرار دارند و ۸۸/۴ درصد زنان باردار علیه بیماری کزاز واکسینه می‌شوند. در مجموع ۸۷ درصد زایمانها در زایشگاهها و بخشهای زنان و زایمان بیمارستانها انجام می‌شود و به طور کلی زایمانهای که به کمک پزشک و ماماهاى تحصیل کرده صورت مى‌گیرد ۹۴/۵ درصد کل زایمانها است. در نتیجه، میزان مرگ و میر در سال ۱۳۷۰ به ۱۷/۳ در ۱۰۰،۰۰۰ رسیده و در مقایسه با گذشته که بالای ۱۰۰ در ۱۰۰،۰۰۰ بود کاهش یافته است. به علاوه ۹۷/۸ درصد نوزادانی که به دنیا آمده‌اند پیش از ۲/۵ كيلو وزن داشته‌اند.

مرگ و میر گیلان برحسب طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها به طوری که در جدول شماره ۱۴ ملاحظه می‌شود از تعداد ۱۰۰۸۹ واقعه فوت ثبت شده استان گیلان ۲۶۵۲ واقعه آن مربوط به گروه بیماریهای دستگاه گردش خون است. این گروه از بیماریها که شامل بیماریهای رماتیسم فعال،

دانست.

تعداد تلفات کودکان زیر ۵ سال گیلان در سال ۱۳۶۷ رقم ۴۱/۲ در ۱۰۰۰ بود. این تعداد در اثر مراقبتهای بهداشتی و معالجات مؤثر کاهش پیدا کرد و در سال ۱۳۷۰ به ۳۱ کودک در ۱۰۰۰ رسید. میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در گیلان ۳ برابری کشورهای پیشرفته و صنعتی و حدود ۱/۳ برسخی کشورهای جهان سوم است. ذیلاً آمار تلفات کودکان زیر ۵ سال را در برخی از کشورهای جهان به نظر خوانندگان می‌رساند.

سال (میلادی)	میزان در هزار	گیلان
۱۹۹۱	۳۱	گیلان
۱۹۹۱	۸	ژاپن
۱۹۹۱	۱۲	ایتالیا
۱۹۹۱	۱۱	انگلستان
۱۹۹۱	۱۰	فرانسه
۱۹۹۱	۱۲	ایالات متحده آمریکا
۱۹۸۸	۱۲	سنگاپور
۱۹۸۸	۴۹	تایلند
۱۹۹۱	۴۴	چین
۱۹۸۸	۱۱۹	اندونزی
۱۹۸۸	۱۲۵	مصر
۱۹۸۸	۱۷۴	نیجریه
۱۹۹۱	۱۰۵	کل جهان

به گزارش منابع رسمی بر طبق آمار تلفات ثبت شده میزان مرگ و میر عمومی (مرگ و میر خمام) استان گیلان در سال ۱۳۶۷ رقم ۴/۹ در ۱۰۰۰ جمعیت همان سال بود. این شاخص در سال ۱۳۷۰ رقم ۴/۶ در ۱۰۰۰ جمعیت می‌باشد. با توجه به این که تعداد قابل توجهی از متوفیات به علل مختلف ثبت نمی‌شوند، از این رو آمارهای رسمی با میزان واقعی مرگ و میر گیلان تفاوت دارد و باید آن را بیشتر از ارقام ثبت شده به حساب آورد. در جدول شماره ۱۳ آمار وقایع حیاتی ثبت شده در حوزه‌های ثبت احوال استان گیلان ارائه شده است.

در مورد مرگ و میر مادران باید توجه داشت که قبلاً در بیشتر نقاط گیلان زایمان با کمک ماماهاى محلی، که از دانش و اطلاعات علمی کمترین بهره‌ای نبرده بودند، انجام می‌گرفت. مراقبت در حفظ و سلامت مادران باردار سالم و انجام زایمان طبیعی و مواظبت آنها تا ده روز پس از وضع حمل عملی نبود. در زایمانهای غیرطبیعی زن حامله به پزشک متخصص و زایشگاه و بیمارستان هدایت نمی‌شد و اعتقاد به عادات بومی و باورداشتهای متداول وضع را بهتر و مشکل‌تر می‌کرد.

ماماهاى سنتی در کار زایمانهای طبیعی مهارت داشتند ولی در زایمانهای غیرطبیعی و نیز در بیماریهای زنان و زایمان کار مهمی انجام نمی‌دادند و به طور کلی مراقبتهای دوران بارداری و بعد از زایمان معمول نبود. از این رو تعداد کثیری از زنان تلف می‌شدند.

شماره گروه	شرح	تعداد تلفات			نسبت درصد به کل	نسبت درصد به کل تلفات	تلفات به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت
		مرد	زن	جمع			
اول	بیماریهای عفونی و انگلی	۲۳۸	۳۳۴	۷۷۲	۷/۶	۹/۹	۳۵/۱
دوم	سرطانها و سایر تومرها	۷۰۶	۳۵۲	۱۰۵۸	۱۰/۵	۱۳/۶	۴۸/۱
سوم	بیماریهای غده داخلی، تغذیه ای و سوخت و ساز	۱۱۴	۸۶	۲۰۰	۲/۰	۲/۶	۹/۱
چهارم	بیماریهای خون و اعضای خون ساز	۱۲۵	۱۰۸	۲۵۳	۲/۵	۳/۳	۱۱/۵
پنجم	بیماریهای روحی و دماغی	۶۹	۴۸	۱۱۷	۱/۲	۱/۵	۵/۳
ششم	بیماریهای دستگاه اعصاب و اعضای حسی	۶۱	۴۶	۱۰۷	۱/۱	۱/۴	۴/۹
هفتم	بیماریهای دستگاه گردش خون	۱۵۹۴	۱۰۵۸	۲۶۵۲	۲۶/۳	۳۲/۱	۱۲۰/۷
هشتم	بیماریهای دستگاه تنفسی	۲۸۴	۱۵۴	۴۳۸	۴/۳	۵/۶	۱۹/۹
نهم	بیماریهای دستگاه گوارشی	۲۹۵	۱۴۴	۴۳۹	۴/۴	۵/۶	۲۰/۰
دهم	بیماریهای دستگاه کلیوی و ادراری	۱۱۸	۸۷	۲۰۵	۲/۰	۲/۶	۹/۳
یازدهم	عوارض حاملگی، وضع حمل و تولد	۰	۳۸	۳۸	۰/۴	۰/۵	۱/۷
دوازدهم	بیماریهای پوستی و نسوج زیرجلدی	۹	۱	۱۰	۰/۱	۰/۱	۰/۴
سیزدهم	بیماریهای دستگاه عضلات، اسکلت و نسوج رابط (استخوان)	۵۰	۳۰	۸۰	۰/۸	۱/۰	۳/۶
چهاردهم	ناهنجاریهای مادرزادی	۸۵	۵۴	۱۴۱	۱/۴	۱/۸	۶/۴
پانزدهم	بیماریهای نوزادان	۲۵	۲۱	۴۶	۰/۵	۰/۶	۲/۱
شانزدهم	علائم و حالات بد تعریف شده	۱۳۰۵	۹۹۸	۲۳۰۳	۲۲/۷	-	۱۰۴/۸
هفدهم	سوانح، مسمومیتها و خودکشیها	۹۹۱	۲۳۹	۱۲۳۰	۱۲/۲	۱۵/۸	۵۶/۰
	جمع کل استان	۶۲۸۹	۳۸۰۰	۱۰۰۸۹	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۲۵۹/۰

*** جمعیت استان گیلان ۲,۱۹۸,۰۰۰ نفر برآورد گردیده است.

* نسبت درصد تلفات با احتساب علامت و حالات بد تعریف شده است.

- رقم صفر است.

** نسبت درصد تلفات بدون احتساب علامت و حالات بد تعریف شده است.

تلفات ناشی از سرطانها و سایر تومرها ۱۰/۵ درصد (بدون احتساب «علامت و حالات بد تعریف شده» ۱۳/۶ درصد).
تلفات ناشی از بیماریهای عفونی و انگلی ۷/۶ درصد (بدون احتساب «علامت و حالات بد تعریف شده» ۹/۹ درصد).
همچنین آمار زیر تلفات این ۵ گروه بیماری و علل پزشکی مرگ را برحسب ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت نشان می‌دهد:
تلفات ناشی از بیماریهای دستگاه ۱۲۰/۷ (بدون علامت و حالات بد گردش خون تعریف شده ۱۵۶).

رماتیسزم قلبی مزمن، بیماریهای فشار خون، بیماریهای اسکیمیک قلب، سایر بیماریهای قلبی، بیماریهای عروق مغزی، بیماریهای شریانه‌ها و عروق شعریه، ترمبوز وریدی و آمبولیسوم و سایر بیماریهای دستگاه گردش خون می‌باشند در میان مردم گیلان بیشتر از سایر گروهها باعث مرگ و میر گردیده‌اند. از این گروه که بگذریم، ۴ گروه دیگر بین المللی نیز دارای تلفات چشمگیر بوده‌اند. تلفات ناشی از بیماریهای گردش خون و ۴ گروه دیگر ذیلاً ارائه می‌شود.
تلفات ناشی از بیماریهای دستگاه گردش خون ۲۶/۳ درصد (بدون احتساب «علامت و حالات بد تعریف شده» ۳۴/۱ درصد).
تلفات ناشی از «علامت و حالات بد تعریف شده» ۲۲/۷ درصد.
تلفات ناشی از سوانح، مسمومیتها و خودکشیها ۱۲/۲ درصد (بدون احتساب «علامت و حالات بد تعریف شده» ۱۵/۸ درصد).

۲۲ «علامت و حالات بد تعریف شده» در مواردی بکار برده می‌شود که تشخیص قطعی بیماری منوفی یا علت پزشکی فوت میسر نشده باشد.

جدول شماره ۱۵ - مرگ و میر ثبت شده نقاط شهری استان گیلان در سال ۱۳۶۸.

شماره گروه	شرح	تعداد تلفات			نسبت درصد به کل تلفات	نسبت درصد به کل تلفات جمعیت
		مرد	زن	جمع		
اول	بیماریهای عفونی وانگلی	۲۰۹	۱۶۲	۳۷۱	۷/۴	۹/۴
دوم	سرطانها و سایر تومرها	۳۰۸	۱۷۳	۴۸۱	۹/۷	۱۲/۲
سوم	بیماریهای غدد داخلی و تغذیه ای	۵۱	۴۱	۹۲	۱/۸	۲/۳
چهارم	بیماریهای خون و اعضای خون ساز	۷۰	۴۸	۱۱۸	۲/۴	۳/۰
پنجم	بیماریهای روحی و دماغی	۳۸	۳۰	۶۸	۱/۴	۱/۷
ششم	بیماریهای دستگاه اعصاب و اعضای حسی	۲۱	۱۷	۳۸	۰/۸	۱/۰
هفتم	بیماریهای دستگاه گردش خون	۹۲۳	۶۳۴	۱۵۵۷	۳۱/۳	۳۹/۶
هشتم	بیماریهای دستگاه تنفسی	۱۱۰	۶۳	۱۷۳	۳/۵	۴/۴
نهم	بیماریهای دستگاه گوارشی	۹۳	۶۸	۱۶۱	۳/۲	۴/۱
دهم	بیماریهای دستگاه کلیوی و ادراری	۴۶	۳۹	۸۵	۱/۷	۲/۲
یازدهم	عوارض حاملگی، وضع حمل و تولد	۰	۱۵	۱۵	۰/۳	۰/۴
دوازدهم	بیماریهای پوستی و نسوج زیرجلدی	۳	۰	۳	۰/۱	۰/۱
سیزدهم	بیماریهای دستگاه عضلات، اسکلت و نسوج رابط (استخوان)	۱۱	۹	۲۰	۰/۴	۰/۵
چهاردهم	ناهنجاریهای مادرزادی	۲۷	۲۴	۵۱	۱/۰	۱/۳
پانزدهم	بیماریهای نوزادان	۱۳	۱۱	۲۴	۰/۵	۰/۶
شانزدهم	علامت و حالات بد تعریف شده	۵۵۰	۴۹۲	۱۰۴۲	۲۰/۹	۰
هفدهم	سوانح، مسمومیتها و خودکشیها	۵۲۱	۱۳۸	۶۷۹	۱۳/۶	۱۷/۲
	جمع کل استان	۳۰۱۴	۱۹۶۲	۴۹۷۸	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

* نسبت درصد تلفات با احتساب علامت و حالات بد تعریف شده است. ******* جمعیت نقاط شهری استان گیلان ۸۸۸۰۰۰ نفر برآورد گردیده است.
 ** نسبت درصد تلفات بدون احتساب علامت و حالات بد تعریف شده است. - - رقم مساوی صفر است.

امکانات مختلف این دگرگونی را بیشتر دامن زده است. در مورد گیلان نیز همین امر صادق است. زیرا کسودکان، مصادران، سالخوردهگان، کسارگران، کشاورزان و به طور کلی طبقات آسیب پذیر جامعه روستایی در مقایسه با جامعه شهری از امکانات اجتماعی - اقتصادی و تسهیلات بهداشتی و درمانی کمتری برخوردار هستند. به علاوه شهرها از آب آشامیدنی سالم تر و مسکن و تغذیه بهتر و کاملتر بهره مند می باشند و از همه مهتر ساکنان شهرها به مراتب بیش از روستاییان از بیمارستانهای عمومی و تخصصی، مراکز بهداشتی و درمانی، آزمایشگاههای تشخیص پزشکی و سایر امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی و آموزشی استفاده می نمایند.

آماري که در مورد متوفیات گیلان منتشر شده عکس این واقعیت را نشان می دهد به همین جهت نمی تواند قابل اطمینان باشد. طبق آمار مزبور متوفیات ثبت شده در شهرهای گیلان ۶ در ۱۰۰۰ و در روستاها ۴ در ۱۰۰۰ نفر است. میزان مرگ و میر عمومی اغلب کشورهای پیشرفته جهان ۷ در ۱۰۰۰

تلفات ناشی از علامت و حالات بد ۱۰۴/۸. **۵۶** (بدون احتساب علامت و حالات بد تعریف شده ۷۲). **۴۸/۱** (بدون احتساب علامت و حالات بد تعریف شده ۶۲). **۳۵/۱** (بدون احتساب علامت و حالات بد تعریف شده ۴۵). انگلی

وضعیت مرگ و میر در شهرها و روستاهای گیلان در گذشته که علم پزشکی پیشرفت زیادی نداشت میزان مرگ و میر شهرها بیشتر از روستاها بود. لیکن در عصر حاضر این روال از جهات مختلف دگرگون شده است. بدیهی است استفاده شهرتینها از وسایل رفاهی و

جدول شماره ۱۶ - مرگومیر ثبت شده نقاط روستائی استان گیلان در سال ۱۳۶۸.

شماره گروه	شرح	تعداد تلفات			نسبت درصد به کل تلفات	نسبت درصد به کل تلفات	تلفات به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت
		مرد	زن	جمع			
اول	بیماریهای عفونی وانگلی	۲۲۹	۱۷۲	۴۰۱	۷/۸	۱۰/۴	۳۰/۳
دوم	سرطاناتها و سایر تومرها	۳۹۸	۱۷۹	۵۷۷	۱۱/۳	۱۵/۰	۲۳/۶
سوم	بیماریهای غده داخلی و تغذیه ای	۶۳	۴۵	۱۰۸	۲/۱	۲/۸	۸/۲
چهارم	بیماریهای خون و اعضای خون ساز	۷۵	۶۰	۱۳۵	۲/۶	۳/۵	۱۰/۳
پنجم	بیماریهای روحی و دماغی	۳۱	۱۸	۴۹	۱/۰	۱/۳	۳/۷
ششم	بیماریهای دستگاه اعصاب و اعضای حس	۴۰	۲۹	۶۹	۱/۴	۱/۸	۵/۳
هفتم	بیماریهای دستگاه گردش خون	۶۷۱	۲۲۲	۱۰۹۵	۲۱/۴	۲۸/۴	۸۳/۶
هشتم	بیماریهای دستگاه تنفسی	۱۷۲	۹۱	۲۶۵	۵/۲	۶/۹	۲۰/۲
نهم	بیماریهای دستگاه گوارشی	۲۰۲	۷۶	۲۷۸	۵/۴	۷/۲	۲۱/۲
دهم	بیماریهای دستگاه کلیوی و ادراری	۷۲	۲۸	۱۲۰	۲/۳	۳/۱	۹/۲
یازدهم	عوارض حاملگی، وضع حمل و تولد	۰	۲۳	۲۳	۰/۴	۰/۶	۱/۸
دوازدهم	بیماریهای پوستی و سوج زیرجلدی	۶	۱	۷	۰/۱	۰/۲	۰/۵
سیزدهم	بیماریهای دستگاه عضلات، اسکلت و تسوج رابط (استخوان)	۳۹	۲۱	۶۰	۱/۲	۱/۶	۲/۶
چهاردهم	ناهنجاریهای مادرزادی	۵۸	۳۴	۹۰	۱/۸	۲/۳	۶/۹
پانزدهم	بیماریهای نوزادان	۱۲	۱۰	۲۲	۰/۴	۰/۶	۱/۷
شانزدهم	علائم و حالات بد تعریف شده	۷۶۱	۵۰۶	۱۲۶۷	۲۲/۸	-	۹۵/۷
هفدهم	سوانح، مسمومیتها و خودکشیها	۲۵۰	۱۰۱	۵۵۱	۱۰/۸	۱۲/۳	۲۱/۷
	جمع کل استان	۳۲۸۱	۱۸۳۶	۵۱۱۷	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۳۹۰/۶

*** جمعیت نقاط روستائی گیلان ۱,۳۱۰,۰۰۰ نفر برآورد گردیده است.

* نسبت درصد تلفات با احتساب علام و حالات بد تعریف شده است.
* نسبت درصد تلفات بدون احتساب علام و حالات بد تعریف شده است.

... رقم مساوی صفر است.

گروه سنی رسیده است.

— توسعه برنامه درمان و کنترل عفونتهای حاد تنفسی در سطح استان گیلان به طوری که میزان مرگ و میر از آن به ۷/۹ در ۱۰,۰۰۰ جمعیت زیر ۵ سال رسیده است.

— مراقبت از دانش آموزان ۶ تا ۱۴ ساله و رساندن پوشش آن به ۷۰ درصد کل دانش آموزان.

— واکسنهای توزیع شده: ب. ث. ز ۵۳۳,۲۰۰ نفر دز^۳، واکسن سه گانه ۶۱۳,۳۰۰ نفر دز، فلج اطفال ۱,۱۱۴,۰۰۰ نفر دز، سرخک ۵۲۷,۰۰۰ نفر دز، کزاز ۴۸۵,۲۰۰ نفر دز، توأم (دیفتری و کزاز) ۴۱۵,۱۷۰ نفر دز، هاری ۹,۹۱۵ نفر دز و توبرکولین ۶۴۵۰ نفر دز.

در سال ۱۳۶۸ تعداد تلفات جمعیت گروه سنی ۱۵ تا ۶۰ سال ۳۳۸۲ نفر

۳۳. دز (dose) به معنی اندازه و میزان داروها و مواد شیمیائی است.

قابل پیشگیری به وسیله واکسن نظیر سرخک، سیاهسرفه، دیفتری، کزاز، فلج اطفال و سل مرگ و میر افراد زیر ۱۵ سال که در گذشته بیشتر از سایر گروههای سنی بود به طور چشمگیری کاهش یافته است. در زیر مراقبتهای بهداشتی انجام شده را که سبب دگرگونی در مرگ و میر کودکان شده ملاحظه می کنید.

— افزایش واکسیناسیون علیه بیماری سرخک به ۹۵ درصد.

— افزایش واکسیناسیون علیه بیماری سل (ب. ث. ز) به ۹۸/۱ درصد.

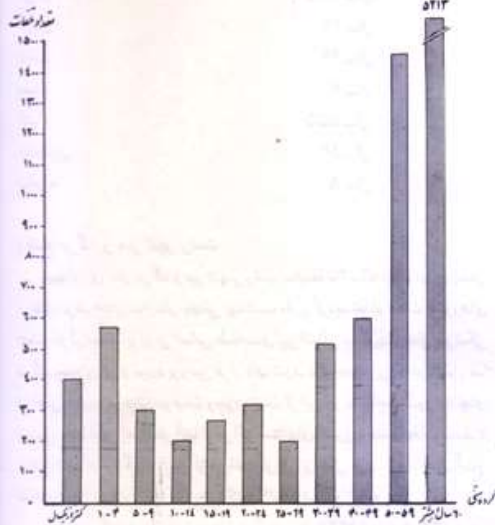
— افزایش واکسیناسیون علیه بیماری فلج اطفال (نوبت سوم) به ۹۷/۱ درصد.

— افزایش نوبت سوم واکسیناسیون علیه بیماریهای دیفتری و کزاز و سیاه سرفه (سه گانه) به ۹۷/۱ درصد.

— توسعه برنامه مراقبت از کودکان زیر ۱ سال.

— توسعه برنامه کنترل بیماریهای اسهالی در سطح استان گیلان به طوری که هم اکنون مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به ۲/۳ در ۱۰,۰۰۰ جمعیت همین

نمودار شماره ۲ - نمایش مرگ و میر استان گیلان در سال ۱۳۶۸.



جدول شماره ۱۷ - تعداد تلفات استان گیلان برحسب سن، مرد و زن، درصد و میزان اختصاصی سنی تلفات در سال ۱۳۶۸.

شروح	تعداد تلفات ثبت شده			درصد تلفات ثبت شده به کل تلفات			میزان تلفات اختصاصی
	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	
سن							
۰-۱	۲۲۸	۱۵۷	۳۸۵	۳/۶	۲/۱	۳/۸	۵/۶
۱-۴	۳۳۳	۲۵۸	۵۹۱	۵/۱	۶/۸	۵/۸	۲/۱
۵-۹	۲۰۸	۱۱۸	۳۲۶	۳/۳	۳/۱	۳/۲	۱/۱
۱۰-۱۴	۱۳۷	۶۵	۲۰۲	۲/۲	۱/۷	۲/۰	۰/۷
۱۵-۱۹	۱۱۷	۶۸	۲۶۵	۳/۱	۱/۸	۲/۶	۱/۰
۲۰-۲۴	۲۵۸	۶۵	۳۲۳	۲/۱	۱/۷	۳/۲	۱/۶
۲۵-۲۹	۱۳۲	۷۷	۲۰۹	۲/۱	۲/۰	۲/۱	۱/۳
۳۰-۳۹	۳۳۱	۱۸۸	۵۱۹	۵/۳	۲/۹	۵/۱	۲/۳
۴۰-۴۹	۳۵۲	۲۴۹	۶۰۱	۵/۶	۶/۶	۶/۰	۳/۸
۵۰-۵۹	۱۰۰۵	۴۶۰	۱۴۶۵	۱۶/۰	۱۲/۱	۱۲/۵	۹/۲
۶۰ به بالا	۳۱۱۸	۲۰۹۵	۵۲۱۳	۴۹/۶	۵۵/۲	۵۱/۷	۳۸/۳
جمع کل	۶۲۸۹	۳۸۰۰	۱۰۰۸۹	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۲/۶

* میزان اختصاصی تلفات به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت هر گروه سنی محاسبه شده است.

بوده که ۲/۹ در ۱۰۰۰ جمعیت همین گروه سنی می‌شود و ۳۳/۵ درصد کل تلفات گیلان را نیز شامل می‌گردد. باید دانست جمعیت گروه سنی ۱۵ تا ۶۰ ساله گیلان ۱۰۱۶۳۰۰۰ نفر بوده است.

در همین سال جمعیت سالخورده (۶۵ سال به بالا) گیلان حدود ۷۸۰۰۰۰ نفر برآورد گردیده که ۳/۴ درصد جمعیت استان بوده است. این رقم همتای کشورهای در حال توسعه و کشورهای پیشرفته است. با وجود این که جمعیت مزبور در مقایسه با جمعیت گروه سنی جوان و فعال قسمت کوچکی از جمعیت گیلان را تشکیل می‌دهد لیکن میزان مرگ و میر سالخورده‌گان^{۲۲} به نسبت جمعیت همین گروه و کل تلفات رقم قابل توجهی را تشکیل داده به طوری که از هر ۱۰۰۰ سالخورده گیلانی ۳۸ نفر در سال ۱۳۶۸ به علت بیماری و یا سایر علل در گذشته‌اند. برطبق این آمار از هر ۱۰۰ نفر فوت شده ۳۸/۳ نفر سالخورده بوده است.

جدول شماره ۱۷ و نمودار شماره ۲ وضع مرگ و میر سنی استان گیلان را نشان می‌دهد.

متوسط طول عمر در گیلان

متوسط طول عمر یا امید به زندگی در لحظه تولد (Life expectancy at birth)

۲۲. در این پژوهش به علت عدم دسترسی به آمار تلفات ۶۵ سال به بالا در استان گیلان، سن ۶۰ سال به بالا در نظر گرفته شده است.

به طور کلی، شاخص خوبی برای نشان دادن سطح بهداشت و درمان و وضع اجتماعی و اقتصادی هر جامعه می‌باشد. این میانگین علاوه بر این که نشان‌دهنده طول عمر افراد یک منطقه است شاخص مطلوبی برای تعیین میزان مرگ و میر آنها در کلیه سنین نیز می‌باشد. زیرا مرگ و میر در هر یک از سنین در متوسط طول عمر تأثیر مستقیم دارد.

بررسی متوفیات ثبت شده و جمعیت سنین مختلف استان گیلان حاکی است که امید به زندگی یا متوسط طول عمر در این استان ۶۹ سال می‌باشد. رقم مزبور از میانگین طول عمر توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۶۰ سال متوسط طول عمر) بالاتر است. البته این میانگین با توجه به آمار متوفیات ثبت شده تعیین گردیده است. چون آمار ثبت متوفیات، چنان که قبلاً اشاره شد مورد تردید است، لذا طول عمر ۶۹ سال را برای اهالی گیلان باید با تردید تلقی کرد. در هر صورت نباید انکار کرد که پیشرفت‌های پزشکی و گسترش بهداشت و درمان و توجه به واکسیناسیون علیه بیماری‌های واگیر طول عمر ساکنان گیلان را افزایش داده است.

گفتنی است زایشی‌ها با حدود ۸۲ سال عمر از طولانی‌ترین میانگین طول عمر در جهان برخوردارند. ذیلاً متوسط طول عمر چند کشور پیشرفته و در حال توسعه مربوط به سال ۱۹۹۰ میلادی (۱۳۶۹) ارائه می‌شود.

استرالیا	۷۷/۸ سال
فرانسه	۷۶/۵ سال
کانادا	۷۵/۵ سال
آطریش	۷۳/۵ سال
سنگاپور	۷۲/۵ سال

جدول شماره ۱۸ - وضع تلفات شهر رشت برحسب طبقه‌بندی بین‌المللی در سال ۱۳۴۵.

شماره گروه	شرح گروه بین‌المللی	تعداد تلفات	نسبت درصد	تعداد تلفات به ازای جمعیت ۱۰,۰۰۰ نفر
اول	بیماری‌های عفونی و انگلی	۳۶۱	۱۶/۲	۲۵/۱
دوم	سرطاناتها و سایر نوزدها	۱۱۱	۵/۱	۷/۷
سوم	آلزایم و بیماری‌های تغذیه	۳۳	۱/۵	۲/۳
چهارم	بیماری‌های خون و دستگاه سازنده آن	۳۵	۱/۶	۲/۴
پنجم	بیماری‌های روحی و دماغی	۰	۰	۰
ششم	بیماری‌های اعصاب	۹۰	۴/۱	۶/۳
هفتم	بیماری‌های دستگاه گردش خون	۳۱۰	۱۴/۱	۲۱/۶
هشتم	بیماری‌های دستگاه تنفسی	۱۸۶	۸/۲	۱۳/۰
نهم	بیماری‌های دستگاه گوارشی	۳۰۹	۱۴/۱	۲۱/۵
دهم	بیماری‌های کلیوی - دستگاه ادراری	۹۵	۴/۳	۶/۶
یازدهم	عوارض حاملگی، وضع حمل و تولد	۵	۰/۲	۰/۳
دوازدهم	بیماری‌های جنسی (پوستی)	۰	۰	۰
سیزدهم	بیماری‌های استخوان	۰	۰	۰
چهاردهم	نقص خلقت	۰	۰	۰
پانزدهم	بیماری‌های نوزادان	۲	۰/۱	۰/۱
شانزدهم	کولرنت، شامپوم و داخلی	۵۲۳	۲۴/۷	۳۷/۸
هفدهم	سوانح، مسمومیتها و خودکشیها	۱۲۰	۵/۴	۸/۲
جمع کل تلفات*		۲۲۰۰	۱۰۰/۰	-

* نوزادان مرده به دنیا آمده در این جمع منظور نگردیده است.
- رقم صافی صفر است.

برطبق آمار سال ۱۳۴۵، کودکان زیر ۵ سال ۲۴/۴ درصد و افراد زیر ۱۵ سال ۳۵/۴ درصد کل تلفات شهر رشت را تشکیل داده‌اند. ۳۸/۸ درصد تلفات مربوط به ۵۵ سال به بالا است. همین آمار معلوم می‌دارد که از هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۴۵ سال به بالا ۱۵۵/۲ نفر در رشت تلف شده‌اند. مطالعه و بررسی بیشتر نشان می‌دهد میزان مرگ و میر اطفال زیر یک سال ۵۵ در ۱۰۰۰ متولدین زنده و میانگین سنی مرگ نیز ۳۵ سال است. در فاصله سالهای ۱۳۴۴ تا ۱۳۶۸ گسترش همه‌جانبه پوشش بهداشت و درمان در سطح گیلان به ویژه در شهر رشت مرگ و میر این شهر را کاهش داده است. تعداد تلفات شهر رشت به نسبت افزایش سریع جمعیت به کمتر از نصف یعنی از ۲۲۰۰ مورد فوت در سال ۱۳۴۵ به ۱۳۸۵ فوت در سال ۱۳۶۸ تنزل پیدا کرده است. تلفات ناشی از بیماری‌های عفونی و انگلی از ۳۶۱ نفر به ۱۵ نفر رسیده و به طور کلی به جز بیماری‌های دستگاه گردش خون تلفات همه گروه‌های بین‌المللی بیماری‌ها کاهش یافته است. در جدول شماره ۱۹ آمار

کویت	۷۱/۵ سال
ایران	۶۸/۵ سال
گیلان	۶۹ سال
تایلند	۶۴ سال
مصر	۶۰ سال
کنیا	۵۵/۵ سال
اندونزی	۵۴ سال
نیجریه	۵۰ سال

وضع مرگ و میر شهر رشت

جمع‌آوری آمار مرگ و میر شهر رشت سابقه ۳۵ ساله دارد. در آن زمان برطبق توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت مقرر گردید تعداد تلفات کشورهای عضو از آن جمله ایران بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و علل پزشکی مرگ جمع‌آوری و مورد بررسی قرار داده شود. با توجه به این که در کشور ما نواقص عدیده در ثبت متوفیات وجود داشت از این رو به ناچار گورستانهای رسمی چند شهر که بیشتر آنها از مراکز استانهای کشور بودند انتخاب شدند تا تدفین اجساد مردگان را پس از دریافت گواهی پزشکی فوت انجام دهند. آمار تلفات شهر رشت از آن تاریخ تاکنون انجام شده و ادامه دارد.

به استناد گزارش وزارت بهداشت^{۲۵} در سال ۱۳۴۵ تعداد ۲۲۰۸ نفر در شهر رشت فوت شده‌اند. این آمار نشان می‌دهد که ۲۵ سال قبل، بیماری‌های عفونی و انگلی بیشتر از سایر بیماری‌ها باعث فوت ساکنان رشت می‌شد. به تعبیر دیگر در آن سالها یکی از مسائل عمده در زمینه بهداشت و درمان منطقه گیلان اشاعه بیماری‌های عفونی و انگلی بوده است. در آمار زیر تلفات ناشی از بیماری‌های عفونی و انگلی و ۴ گروه دیگر بیماری‌ها که بیشتر از سایر گروه‌ها در سال ۱۳۴۵ مردم رشت را تلف کرده‌اند می‌توان دید. گفتنی است تلفات ناشی از «علائم و حالات بد تعریف شده» در این رده بندی منظور نشده است.

تلفات ناشی از بیماری‌های عفونی و انگلی ۱۶/۴ درصد کل تلفات (۲/۵۲ در ۱۰۰۰ جمعیت شهر رشت).

تلفات ناشی از بیماری‌های گردش خون ۱۴/۱ درصد کل تلفات (۲/۱۶ در ۱۰۰۰ جمعیت شهر رشت).

تلفات ناشی از بیماری‌های دستگاه گوارشی ۱۴/۰ درصد کل تلفات (۲/۱۵ در ۱۰۰۰ جمعیت شهر رشت).

تلفات ناشی از بیماری‌های دستگاه تنفسی ۸/۴ درصد کل تلفات (۱/۲۹ در ۱۰۰۰ جمعیت شهر رشت).

تلفات ناشی از سوانح، مسمومیتها و خودکشیها ۵/۵ درصد کل تلفات (۱۰/۸۴ در ۱۰۰۰ جمعیت شهر رشت).

تلفات شهر رشت برحسب طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و علل پزشکی مرگ سال ۱۳۴۵ در جدول شماره ۱۸ نشان داده شده است.

۲۵. نشریه تلفات و اطلاعات دموگرافیک ایران ۹ و شهر انتظامی، ناصر امید اسلامی (پویان)، وزارت بهداشتی، شماره ۱۱۵.

بهداشت و درمان ●

۵۷۹

جدول شماره ۱۹ - تلفات شهر رشت برحسب طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها و گروههای سنی در سال ۱۳۶۸.

گروه بین‌المللی	سن برحسب سال											
	کثر از یکسال	۱-۲	۵-۹	۱۰-۱۴	۱۵-۱۹	۲۰-۲۴	۲۵-۲۹	۳۰-۳۴	۳۵-۳۹	۴۰-۴۴	۴۵-۴۹	۵۰-۵۴
بیماریهای عفونی و انگلی	۱۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
سرطانات و سایر تومرها	۰	۱	۰	۱	۲	۱	۲	۶	۱۵	۲۱	۳۲	۸۵
بیماریهای غدد داخلی، تغذیه‌ای و سوخت و ساز	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۲	۵	۱۷
بیماریهای خون و اعضای خون ساز	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
بیماریهای روحی و دماغی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
بیماریهای دستگاه اعصاب و اعضای حسی	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۲
بیماریهای دستگاه گردش خون	۳	۰	۲	۱	۵	۵	۸	۲۱	۲۲	۱۰۳	۲۵۲	۲۸۱
بیماریهای دستگاه تنفسی	۵	۰	۰	۱	۰	۰	۱	۲	۳	۳	۱۰	۲۶
بیماریهای دستگاه گوارشی	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳	۰	۶
بیماریهای دستگاه کلیوی و ادراری	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۱	۵
عوارض حاملگی، وضع حمل و تولد	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
بیماریهای پوستی و نسوج زیرجلدی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
بیماریهای دستگاه عضلات، اسکلت و نسوج رابط (استخوان)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
ناهنجاریهای مادرزادی	۲۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
بیماریهای نوزادان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
علامت و حالات بدتعریف شده	۱۹۸	۷	۵	۲	۳	۲	۶	۱۲	۱۲	۱۲	۲۳	۵۹۲
سوانح، مسمومیتها و خودکشیها	۱	۷	۲	۱۳	۸	۱۲	۱۹	۷	۱۳	۶	۸	۱۱۳
جمع کل	۲۵۱	۱۵	۱۱	۲۰	۱۸	۲۱	۳۸	۵۰	۹۲	۲۰۹	۵۵۲	۱۳۸۵
نسبت درصد تلفات در سنین مختلف	۱۹/۶	۱/۲	۰/۹	۱/۶	۱/۲	۱/۶	۳/۰	۳/۹	۷/۳	۱۶/۳	۲۳/۲	۱۰۰/۰

* نسبت درصدا بدون احتساب سن ذکر نشده محاسبه گردیده است.
- رقم صافی صفر است.

نمودار شماره ۳ - تلفات شهر رشت برحسب طبقه‌بندی بین‌المللی در سال ۱۳۶۸.



مرگ و میر شهر رشت برحسب طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها و گروههای سنی در سال ۱۳۶۸ ارائه گردیده است. همینطور نمودار شماره ۳ مقایسه تلفات ۱۷ گروه بین‌المللی را با یکدیگر به وضوح نشان می‌دهد.

در آمارها و نسبتهای ارائه شده در جدول مزبور به خوبی دیده می‌شود که حدود ۲۳ درصد تلفات رشت را افراد زیر ۱۵ سال و نیز ۵۹/۵ درصد آن را افراد بالای ۵۵ سال تشکیل داده‌اند. از مقایسه این نسبتها با سال ۱۳۴۵ روشن می‌شود که میزان تلفات جمعیت زیر ۱۵ سال کاهش یافته لیکن در عوض میزان مرگ و میر سنین بالا (۵۵ ساله و بیشتر) افزایش پیدا کرده و این تفاوت نشانگر تورم جمعیت در گروه سنی جوان است.

همچنین به جز تلفات مربوط به «علامت و حالات بدتعریف شده» بالاترین میانگین سنی مرگ را در شهر رشت بیماریهای زیر داشته‌اند.
بیماریهای دستگاه گردش خون ۶۱/۷ سال.
بیماریهای غدد داخلی، تغذیه‌ای و سوخت و ساز ۶۰/۳ سال.
بیماریهای دستگاه کلیوی و ادراری ۶۰/۲ سال.
سرطاناتها و سایر تومرها ۵۷/۷ سال.

جدول شماره ۲۰ - تلفات شهر رشت برحسب طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها و میزانه‌ها و نسبتهای آنها در سال ۱۳۶۸.

شرح	تعداد تلفات	نسبت درصد	تلفات به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت	درصد بدون احتساب علائم و حالات بدتعریف شده
گروه بین‌المللی				
بیماریهای عفونی و انگلی	۱۵	۱/۱	۴/۸	۱/۹
سوطانها و سایر تومرها	۸۵	۶/۱	۲۵/۷	۱۰/۸
بیماریهای غدد داخلی، تغذیه‌ای و سوخت و ساز	۱۷	۱/۲	۵/۱	۲/۱
بیماریهای خون و اعضای خون‌ساز	۹	۰/۷	۲/۷	۱/۱
بیماریهای روحی و دماغی	۰	۰	۰	۰
بیماریهای دستگاه اعصاب و اعضای حسی	۲	۰/۲	۰/۶	۰/۳
بیماریهای دستگاه گردش خون	۴۸۱	۳۲/۷	۱۲۵/۵	۶۰/۸
بیماریهای دستگاه تنفسی	۲۶	۱/۹	۷/۹	۳/۳
بیماریهای دستگاه گوارشی	۶	۰/۴	۱/۸	۰/۸
بیماریهای دستگاه کایوبی و ادراری	۱۷	۱/۲	۵/۱	۲/۱
عوارض حاملگی، وضع حمل و تولد	۰	۰	۰	۰
بیماریهای پوستی و نسوج زیرجلدی	۰	۰	۰	۰
بیماریهای دستگاه عضلات، اسکلت و نسوج	۰	۰	۰	۰
رابط (استخوان)	۰	۰	۰	۰
ناهنجاریهای مادرزادی	۲۰	۱/۲	۶/۰	۲/۵
بیماریهای نوزادان	۰	۰	۰	۰
علائم و حالات بدتعریف شده	۵۹۴	۴۲/۹	۱۷۹/۷	۰
سوانح، مسمومیتها و خودکشیها	۱۱۳	۸/۲	۳۲/۲	۱۲/۳
جمع کل	۱۳۸۵	۱۰۰/۰	۴۱۸/۹	۱۰۰/۰

- رقم مساوی صفر است.

بیماریهای دستگاه گوارشی
میانگین سنی کل تلفات
در جدول شماره ۲۰، تلفات شهر رشت در سال ۱۳۶۸ برحسب طبقه‌بندی
بین‌المللی بیماریها و میزانه‌ها و نسبتهای آنها دیده می‌شود.

بهداشت خانواده

در سال ۱۳۴۵ در پی چاره‌اندیشی برای تنظیم ابعاد خانواده و جلوگیری از
ازدیاد بی‌رویه جمعیت، وزارت بهداشتی مأمور اجرای این امر حیاتی مسهم
گردید. در گیلان واحد جدیدی به نام بهداشت و تنظیم خانواده در اداره کل
بهداشتی استان بوجود آمد. این واحد طی ۱۲ سال فعالیت در زمینه بهداشت و
تنظیم خانواده در سطح استان گیلان برنامه‌های مفیدی اجرا کرد. از اقدامات
مؤثر و مفید آن آموزش مطالب بهداشت و تنظیم خانواده در مدارس عالی
پرستاری و بهداشت مدارس، آموزشگاههای بهیاری، دبیرستانهای دخترانه،
سربازخانه‌ها و دوره‌های تربیت سامامی روستایی و سپاهیان بهداشت و
دانش بود.

ولی در اواخر دهه ۱۳۵۰ و دهه ۱۳۶۰ در این برنامه وقفه‌ای حاصل گردید
و از شتاب آن کاسته شد به طوری که جمعیت گیلان با شدت زیادی روبه افزایش
گذاشت و جمعیت سال ۱۳۳۵ گیلان که ۱,۰۳۶,۲۰۶ نفر سرشماری شده بود
به بیشتر از دو برابر یعنی ۲,۳۰۰,۰۰۰ نفر در سال ۱۳۷۰ رسید. خوشبختانه
در سالهای اخیر کنترل رشد بی‌رویه جمعیت جزء سیاستهای اساسی و محوری
دولت در سطح کشور و از آن جمله در استان گیلان قرار گرفته و عملاً برای
تنظیم خانواده و جلوگیری از ازدیاد نفوس اقدامات ارزشمندی آغاز گردیده
است که تشکیل «شورای عالی تحدید مسوالبه» در سطح کشور از آن جمله
است. این شورا که ریاست آن به عهده وزیر بهداشت، درمان و آموزش
پزشکی است برنامه تنظیم خانواده را در سراسر نقاط مملکت به اجرا
درخواهد آورد.
مجموعاً بهداشت خانواده شامل کاهش مرگ و میر مادران و کودکان،
فراهم نمودن امکانات زایمان سالم و بهداشتی، مراقبتهای دوران بارداری و
بعد از زایمان، پیشگیری از سوء تغذیه مادران و کودکان و جمعیت و تنظیم
خانواده می‌شود و در کنار آنها بهینه کردن خدمات بهداشتی مدارس جهت

چشمگیری دارد. زیرا در ممالک مترقی آمار جمعیت طی ۱۴۰ سال یک بار برابر می‌شود درحالی که پیش از این دیدیم که در طول ۳۵ سال جمعیت گیلان به بیش از دو برابر رسیده است. لذا تأمین غذا، مسکن، اشتغال، آموزش و پرورش، بهداشت و درمان و در مجموع پاسخگویی به نیازهای مردم مشکلات بی‌شماری در برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی به وجود آورده است.

در جهت نیل به اهداف بهداشت و تنظیم خانواده، در گیلان ارائه وسایل پیشگیری بارداری و خدمات ضروری در این زمینه و فراهم ساختن تسهیلاتی برای متقاضیان در سطح گسترده و وسیع به طور رایگان انجام شده است. در سراسر استان ۱۱ زایشگاه و بخشهای زنان و زایمان عمل بستن لوله‌های زنان و مردان را در دست اجرا دارند و در سایر واحدهای درمانی و بهداشتی نیز امکانات لازم برای گذارن «ای. پی. دی» فراهم شده است. شاید اشاره به اهداف کلی بهداشت و تنظیم خانواده در زیر بنیواند گویای واقعی تجسم این امر حیاتی در زندگی مردم منطقه گیلان باشد.

۱- منابع طبیعی و زیرزمینی به خصوص زمینهای کشاورزی تکافوی تأمین احتیاجات غذایی جمعیت فعلی است و اگر ابعاد جمعیت تنظیم نگردد در آینده نزدیک معضلات بی‌شماری را ایجاد خواهد کرد.

۲- اگرچه با سرمایه‌گذاری قابل توجه شمار افراد باسواد به سرز ۷۵ درصد رسیده، لذا برای نگهداری این نسبت و همچنین محو بی‌سوادی و توسعه آموزش و پرورش، افزایش تعداد کودکان لازم‌التعلیم مغایر با اهداف آموزشی است که باید آهنگی موزون و منطقی داشته باشد.

۳- باروری کلی زنان (تعداد کودکانی که یک زن طی زندگی خود به جامعه تقدیم می‌کند) باید به حدود سطح جانشینی تعدیل گردد.

۴- کاهش مرگ و میر مادران.

۵- به حداقل رسانیدن عوارض دوران بارداری و بعد از زایمان.

۶- فراهم نمودن امکان زایمان سالم و بهداشتی.

۷- کاهش مرگ و میر کودکان.

۸- افزایش کمی و کیفی برنامه جمعیت و تنظیم خانواده.

۹- پیشگیری از سوء تغذیه مادران و کودکان.

مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت گیلان جهت تنظیم خانواده در سال ۱۳۶۹ بدین شرح بوده است: آستارا ۱۵۳۱ مورد، آستانه اشرفیه ۲۲۷۲ مورد، بندر انزلی ۲۴۸۸ مورد، تالش ۳۸۴۰ مورد، رشت ۹۳۵۸ مورد، رودبار ۱۳۱۷ مورد، رودسر ۴۱۴۵ مورد، صومعه سرا ۲۳۸۴ مورد، فومن ۲۸۶۹ مورد، لاهیجان ۳۲۵۶ مورد و لنگرود ۲۰۲۱ مورد. در مجموع زنان گیلانی ۳۵۰۴۷۱ بار برای جلوگیری از حاملگی به ۸۹۳ مرکز بهداشتی و درمانی و خانه بهداشت شهرها و روستاهای استان گیلان مراجعه نموده‌اند.

بهداشت محیط

گیلان به علت یارش بارانهای مداوم و موقعیت جغرافیایی خاص، منطقه‌ای پرآب است و سطح سفره آزاد آب زیرزمینی آن در ۲ تا ۳ متری سطح زمین قرار دارد. از این رود در بعضی نقاط حتی تا عمق ناچیزی می‌توان به آب رسید.

سلامت دانش‌آموزان قرار دارد.

طبق آمارهای رسمی در سال ۱۳۷۰ نزدیک به ۲۹۰،۰۰۰ مادر در زمان بارداری و هنگام زایمان و نفاخت تحت مراقبت قرار داشته و مسرگ و مسیر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان به سطح پائین‌تر یعنی ۱۷/۳ در ۱۰۰،۰۰۰ تنزل یافته است. به علاوه میزان تولد نوزادان با وزن کمتر از ۲/۵ کیلوگرم در بدو تولد به ۲/۲ درصد کاهش یافته است. در زمینه مراقبت از مادران و کودکان اقدامات انجام شده زیر را می‌توان برشمرد:

- تسویق مادران به تغذیه کودکان با شیر مادر و ایجاد پایگاههای بهداشتی در زایشگاههای استان.

- فراهم ساختن امکانات برای مراقبت از ۲۸،۳۰۷ مادر در دوره بارداری و حین و بعد از زایمان.

- احداث ۲۰ مرکز تسهیلات زایمانی و راه اندازی ۴ مرکز برای زایمان.

- تربیت و آموزش ۵۱۴ مامای سنتی و روستایی در ۴۵ دوره ۳ هفته‌ای تا ۶ ماهه.

- تجویز کیسول آهن برای تمام مادران تحت مراقبت و آموزش تغذیه به خانواده‌ها.

- ایجاد پایگاههای بهداشتی در زایشگاهها.

- واکسیناسیون زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله همسردار به خصوص در دوران بارداری.

- بالا بردن سطح واکسیناسیون با اولویت کودکان زیر ۱ سال.

- آموزش برنامه کنترل بیماریهای اسهالی.

اجرای برنامه بهداشت مادر و کودک به مقیاس قابل توجهی منجر به کاهش مرگ و میر مادران و کودکان گردیده و نتایج زیر حاصل شده است:

- کاهش مرگ و میر کودکان کمتر از ۱ ماه (نوزادان) از ۲۰/۵ در ۱۰۰۰ متولدین زنده در سال ۱۳۶۷ به ۱۶/۶ در ۱۰۰۰ در سال ۱۳۷۰.

- کاهش میزان مرگ و میر کودکان کمتر از ۱ سال از ۳۳/۶ در ۱۰۰۰ متولدین زنده در سال ۱۳۶۷ به ۲۵/۸ در ۱۰۰۰ در سال ۱۳۷۰.

- کاهش میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۸ در ۱۰۰۰ جمعیت زیر ۵ سال در ۱۳۶۷ به ۶/۳ در ۱۰۰۰ همین گروه سنی در سال ۱۳۷۰.

- کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال ناشی از عفونتهای حاد تنفسی از ۱۰ مورد در سال ۱۳۶۷ به ۷/۹ در ۱۰۰۰ جمعیت کودکان زیر ۵ سال در ۱۳۷۰.

- کاهش دادن مرگ و میر ناشی از اسهال کودکان زیر ۵ سال از ۴/۸ مورد در ۱۰۰۰ جمعیت همین گروه سنی در سال ۱۳۶۷ به ۲/۳ در سال ۱۳۷۰.

در زمینه تنظیم خانواده با فراهم آوردن امکانات مربوط به عرضه خدمات و پیشگیری از بارداری و بهره‌گیری از کلیه امکانات موجود در استان گیلان، میزان موالید از ۲۴/۶ در ۱۰۰۰ جمعیت در سال ۱۳۶۷ به ۲۱/۷ در ۱۰۰۰ در سال ۱۳۷۰ رسیده است. میزان باروری کلی از ۳/۷ بچه در سال ۱۳۶۷ به ۳/۲ بچه و رشد طبیعی جمعیت از ۱/۹ درصد در سال ۱۳۶۷ به ۱/۷ درصد در سال ۱۳۷۰ رسیده است.

درصد رشد جمعیت گیلان بر اثر کوششهایی که بعمل آمده از سال ۱۳۶۵ کمتر شده، اما هنوز از متوسط رشد جمعیت در کشورهای پیشرفته فاصله



در سال ۱۳۳۷ تعداد ۹۵ حلقه چاه توسط مأموران بهداشت محیط در نقاط مختلف گیلان حفر شد.

چاههایی که در گذشته حفر می شد غالباً در نزدیکی چاه مستراح و مسجاری فاضلاب قرار داشت. در مجموع سطح آب آزاد هم سطح آب مزارع، رودها و مردابها بود و هیچگونه کنترل سفره آزاد آب زیرزمینی و جلوگیری از آلودگی آب به وسیله فاضلاب به عمل نمی آمد. بدین جهت بیشتر چاههای کم عمق که برای مصارف خانگی و شرب استفاده می شد به علت نفوذ فاضلاب آلوده بود و در نتیجه یکی از مهمترین عوامل انتشار بیماریهای عفونی و انگلی به خصوص انگلهای روده ای بشمار می آمد.

مجموعاً عدم دسترسی مردم گیلان در شهرها و روستاها به آب آشامیدنی سالم، فراهم نبودن آبریزگاههای بهداشتی و امکانات دفع بهداشتی زیاله به علاوه عدم بهسازی محیط مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی وضعیت بهداشتی نامطلوبی ایجاد کرده بود. در سال ۱۳۳۳ که با کمک مأمورین سازمان همکاری بهداشت (اصل ۴) از دانش آموزان مدارس رشت و انزلی و چند شهر دیگر آزمایش مدفوع به عمل آمد معلوم شد بیش از نیمی از دانش آموزان مبتلا به انگلهای روده ای هستند. حمامهای عمومی نیز در آن سالها کانون آلودگی بشمار می رفت، زیرا اولاً خود حمامها بهداشتی نبود و در ثانی مشتریان حمامها نیز بهداشتی عمل نمی کردند. وفور کجلی و بیماریهای پوستی و مقاریتی از آثار این حمامها بود.

در سال ۱۳۳۵ بقایای حمامهای خزینه دار یکی بعد از دیگری توسط واحد مهندسی بهداشت اداره بهداشت استان یکم (گیلان) تعطیل و یا تبدیل به حمامهای عمومی دوش دار بهداشتی گردید.

سیمای بهداشتی گیلان طی ۶ دهه اخیر با انجام اقدامات زیر به تدریج دگرگون شد و در نتیجه تنوع بیماریها و مرگ و میر عمومی و کودکان با شتاب بیشتری تنزل پیدا کرد.

— کنترل کیفیت آب مشروب شهرها و روستاها از طریق ایجاد شبکه های آب آشامیدنی سالم بهداشتی، بهسازی چاهها، چشمه ها و قناتها و نصب تلمبه های بهداشتی. احداث آبریزگاههای بهداشتی

— کنترل کیفیت بهداشت آب شهرها و روستاها، دفع بهداشتی مواد زائد و جامد و مایع (زیاله و فاضلاب).

— کنترل مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و آشامیدنی در سراسر گیلان. کنترل بهداشتی و بهسازی اماکن عمومی. کنترل بهداشتی هوا.

— مبارزه شدید با حشرات و جوندگان و بندپایان.

— کنترل بهداشتی کارگاهها و کارخانه ها و مدارس و بیمارستانها.

— حضور فعال در ایبمی بیماریها و سوانح از قبیل زمین لرزه و سیل و غیره. — ساختمان و بهسازی تأسیسات بهداشتی شامل حمام و غسلخانه و کشتارگاه و رختشویخانه در شهرها و روستاهای گیلان.

— نمونه برداری از مواد غذایی مشکوک، تعطیل منابع آلوده کننده، ضد عفونی آب و همچنین آزمایش کبک باقیمانده در آب و آزمایشهای شیمیایی و باکتریولوژی.

در زیر شاخصهای عمده بهداشتی در زمینه آب و دفع بهداشتی زیاله در سطح استان گیلان در سال ۱۳۷۰ نشان داده شده است.

۱- دسترسی ۵۰ درصد از روستائیان با یک ربع پیاده روی به آب آشامیدنی

بهداشتی سالم؛ به عبارت دیگر از هر ۲ روستائین گیلانی ۱ نفر به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارد.

۲- دسترسی ۵۰ درصد از خانوارهای ساکن در روستاهای گیلان به آبریزگاههای بهداشتی و تسهیلات دفع زیاله بهداشتی.

اقداماتی که در سال ۱۳۶۹، از نظر بهداشت شهری و بهسازی محیط گیلان انجام شده بدینترتیب بود: آزمایش میکروبیولوژی آب ۲۸۵ مورد، آزمایش کلر باقی مانده آب ۲۴۴۳ مورد، آب ضد عفونی شده ۱۳،۸۸۹ متر مکعب پرکلرین مصرفی ۲۹۳۶ کیلوگرم، بازدید از مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی ۱۶،۱۷۷ مورد، تعداد اماکن بهداشتی شده ۱۲،۸۰۷ مورد، اماکن غیربهداشتی تعطیل شده ۳ مورد، مواد غذایی فاسد کشف شده ۱۹۱۲ کیلوگرم، نمونه گیری از مواد غذایی مشکوک ۵ مورد، بازدید از اماکن عمومی ۶۴۱۰ مورد و بازدید و بررسی منابع آلوده کننده آب ۴۸۹ مورد.

به علاوه، واحدهای آب و فاضلاب از مهرماه ۱۳۷۰ در شهرهای استان گیلان آغاز فعالیت نموده و اقدامات متعددی در زمینه تأمین آب مشروب سالم و تصفیه فاضلاب انجام داده اند. این واحدها عبارتند از: شعبه مستقل آب و فاضلاب رشت و خمام، شعبه مستقل آب و فاضلاب بندر انزلی؛ و سازمانهای آب و فاضلاب: سنگر، لشت نشا، خشکبیجار، کوچصفهان، قومن، ماسوله، صومعه سرا، شفت، آستانه اشرفیه، لاهیجان، چابکسر، رحبه آسناد، امشلی، کومله، گیاشهر، کلاچای، سیاهکل، واجارگاه، رودسر، لنگرود، تالش، پره سر، آستارا، ماسال، رضوانشهر، منجیل، رودبار، لوشان و رسته آباد، و اهر کارهای انجام شده آنها تا سال ۱۳۷۳ به قرار زیر است:

۱- حفر چاههای عمیق آب در سطح ۶۰۰ لیتر در ثانیه و افزایش آب چاههای موجود تا سطح مذکور در شهرهای لاهیجان، لنگرود، رودسر، کلاچای، رحبه آباد، واجارگاه، رودبار، لوشان و منجیل. لازم به ذکر است که این شهرها قبل از این با مشکلات کمی و کیفی آب روبرو بودند.

۲- راه اندازی منابع آب لیلکوه لنگرود با حجم ۴۰۰۰ متر مکعب، رحبه آباد با حجم ۲۰۰۰ متر مکعب، رودبار و لوشان با حجم ۵۰۰ متر مکعب و آستانه اشرفیه با حجم ۳۰۰ متر مکعب.

۳- توسعه شبکه فاضلاب به ۶۵ کیلومتر.

۴- فراهم ساختن مقدمات انعقاد قرار داد تصفیه خانه فاضلاب رشت که

همچنین در نظر است در کارگاههایی که جمعیتی بین ۳۰ تا ۵۰ نفر دارند «بست آماده» دایر شود. منظور از تأسیس این واحد ارائه کمکهای اولیه جهت نجات جان مصدوم و پیشگیری از آسیبهای احتمالی بعدی است. به علاوه بالا بردن سطح دانش و آگاهی بهداشتی کارگران، تأمین خدمات بهداشتی اولیه نیز از وظایف بست آماده است. این واحد بر طبق برنامه تنظیمی به زودی به مرحله اجرا در خواهد آمد.

بیماریهای غیرواگیر

در صفحات قبل بیماریهای واگیر را در گیلان مورد بررسی قرار دادیم. اینک به بررسی بیماریهای غیرواگیر گیلان می‌پردازیم. بیماری دیابت (مرض قند)^{۲۴}

طبق آمار مربوط به سال ۱۳۷۰ تعداد ۶۵۰۰ بیمار مبتلا به دیابت در سطح استان گیلان شناسایی گردیده‌اند. از این عده ۵۹۵۵ نفر یعنی ۹۲ درصد بالای ۴۰ سال سن داشته‌اند. بر طبق آمارهای رسمی با توجه به جمعیت ۳۰۰۰۰۰۰ نفری ۴۰ سال به بالای استان گیلان احتمالاً تعداد بیماران مبتلا به دیابت آن خیلی بیش از تعداد شناسایی شده‌اند و شاید به چند برابر آن برسند. فشار خون^{۲۵}

اقدامات انجام شده نشان می‌دهد که حدود ۱۰۰۰۰۰ بیماران مبتلا به فشار خون در سطح استان گیلان وجود دارد. آنچه مسلم است رقم بیماران مبتلا به فشار خون بیشتر از این است.

تالاسمی

بنابه نظریه مقامات پزشکی، استان گیلان یکی از مناطق درگیر بیماری

به زودی به مرحله اجرا در خواهد آمد.
۵- اتمام مطالعه فاز اول فاضلاب لاهیجان و بندر انزلی که به زودی مراحل بعدی آن آغاز خواهد شد.

بهداشت حرفه‌ای

همزمان با توسعه و گسترش فعالیتها و اجرای برنامه‌های بهداشتی در سطح استان گیلان، اجرای برنامه‌های بهداشت حرفه‌ای نیز به طور مستمر و پی‌گیر به مقیاس وسیع انجام گرفته و با شناسایی نسبتاً مطلوب ادامه دارد. بر طبق آمار رسمی در سال ۱۳۷۰ تعداد ۲۹۱۳ کارگاه و کارخانه با ۲۸۰۰۰ کارگر گیلانی تحت پوشش بهداشت حرفه‌ای قرار داشته‌اند. اقدامات مربوط به بهداشت حرفه‌ای در سطح استان به قرار زیر است:

- پروانه‌های صادر شده جهت کارگاهها و کارخانهها ۴۰۷ مورد
- کارگران برخوردار شده از خدمات بهداشتی ۴۱۴۰۵ نفر
- کارگرانی که آموزش بهداشت صنعتی دیده‌اند ۱۱۲۰۳ نفر
- خانه بهداشت کارگری در حال تأسیس ۱۷ باب
- نمونه‌برداری از آب مشروب کارخانهها ۱۲ مورد
- بررسی بهداشتی فاضلاب ۷ مورد

یکی از برنامه‌های بهداشت حرفه‌ای استقرار مرکز بهداشت کار (مرکز بهداشت صنعتی) در کنار کارخانه‌هایی است که تعداد کارگران و کارمندان آنها بیش از ۵۰۰ نفر است. فعالیت عمده و اساسی این مرکز انجام امور بهداشتی و پیشگیری از بیماریها و حوادث ناشی از کار و اظهار نظر در مورد اشتغال کارگران در مشاغل متناسب با استعداد جسمی و روانی آنها است.

جدول شماره ۲۱ - آمار مبارزه با بیماریهای غیرواگیر استان گیلان در امر بیماری تالاسمی ماژور در سال ۱۳۷۰.

شهرستان	کمتر از ۴ ساله			۵ تا ۹ ساله			۱۰ تا ۱۴ ساله			۱۵ تا ۱۹ ساله			۲۰ تا ۲۹ ساله			سن نامعلوم			جمع
	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	
آستارا	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
آستانه اشرفیه	۸	۱	۹	۵	۷	۱۲	۴	۵	۹	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۷
بندر انزلی	۴	۶	۱۰	۱۰	۱۷	۲۷	۱۵	۴	۱۹	۲	۰	۲	۲	۵	۸	۱۳	۳۶	۳۷	۷۳
تالش	۲	۰	۲	۳	۱	۴	۳	۰	۳	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰
رودبار	۴	۱	۵	۳	۰	۳	۱	۴	۵	۱	۲	۱	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۱۶
رودسر	۷	۶	۱۳	۶	۱۳	۱۹	۹	۱۸	۱۴	۵	۹	۱۴	۲	۳	۵	۲۸	۲۲	۵۰	۱۰۱
رشت	۵۶	۴۵	۱۰۱	۵۷	۶۲	۱۱۹	۴۱	۴۲	۸۳	۱۵	۹	۲۴	۱	۱	۲	۶	۳	۹	۳۳۷
صومعه سرا	۱۰	۱۰	۲۰	۹	۲۰	۲۹	۵	۱۹	۱۱	۳	۱	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵۴
فومن	۱۲	۸	۲۰	۶	۱۱	۱۷	۳	۱۱	۱۴	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵۴
لاهیجان	۲	۲	۴	۸	۴	۱۲	۱	۳	۴	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۵
لنگرود	۸	۱۰	۱۸	۹	۱۸	۲۷	۵	۵	۱۰	۲	۱	۳	۱	۱	۲	۱	۱	۲	۶۶
جمع کل استان	۱۱۵	۸۹	۲۰۴	۱۱۵	۱۳۲	۲۴۷	۸۷	۸۲	۱۷۱	۲۴	۱۸	۴۲	۳	۴	۷	۹۳	۸۸	۱۸۱	۸۵۴

۲۴ - رقم مساوی صفر است.

۲۴. دیابت Diabetes عبارتست از: افزایش غیرعادی و مضر ترشح انسولین.

جدول شماره ۲۲ - موارد بیماریهای روانی استان گیلان در سال ۱۳۶۹.

بیماری	شدید روانی			عقب ماندگی ذهنی			صرع			خفیف روانی			جمع		
	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع	مرد	زن	جمع
زیر ۱ سال	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱ تا ۴ سال	۰	۰	۰	۶	۳	۹	۲	۳	۵	۰	۰	۰	۸	۶	۱۴
۵ تا ۱۴ سال	۲	۰	۲	۱۷	۱۳	۳۰	۳	۶	۹	۱	۲	۳	۲۳	۲۰	۴۳
۱۵ تا ۲۴ سال	۱۱	۹	۲۰	۷	۵	۱۲	۳	۵	۸	۶	۱۳	۱۹	۲۷	۳۲	۵۹
۲۵ تا ۳۴ سال	۹	۷	۱۶	۲	۳	۵	۳	۳	۱۳	۴	۱۱	۱۵	۲۵	۲۴	۴۹
۳۵ تا ۴۴ سال	۴	۴	۸	۱	۱	۲	۳	۴	۷	۱۱	۱۹	۳۰	۱۹	۲۸	۴۷
۴۵ تا ۵۴ سال	۱	۸	۹	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱۵	۱۶
۵۵ تا ۶۴ سال	۳	۴	۷	۰	۰	۰	۱	۳	۴	۵	۶	۱۱	۹	۱۳	۲۲
۶۵ تا ۷۴ سال	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۱	۳	۲	۱	۳
۷۵ سال به بالا	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۲
جمع کل استان	۳۰	۳۳	۶۳	۳۳	۲۶	۵۹	۲۲	۲۴	۴۶	۵۷	۸۷	۱۱۵	۱۴۰	۲۵۵	۲۵۵

۱ - رقم مساوی صفر است.

امکانات بهداشتی و درمانی

از جمله مسائلی که در بهداشت و درمان بسیار مورد توجه است، مسئله امکانات بهداشتی و درمانی است. مقصود نهایی از امکانات بهداشتی و درمانی، عوامل زیر است:

- ۱ - بودجه. شامل بودجه جاری (هزینه اداره سرویسهای موجود) و همچنین بودجه عمرانی (سرمایه‌ای).
- ۲ - نیروی انسانی بهداشتی و درمانی.
- ۳ - تسهیلات بهداشتی و درمانی. مشتمل بر بیمارستانهای عمومی و تخصصی و تعداد تخت آنها، مراکز بهداشتی و درمانی، کلینیکها، درمانگاهها داروخانهها، آزمایشگاهها، مؤسسات رادیولوژی و سونوگرافی و سایر مؤسسات مربوطه.
- ۴ - مراکز تربیت نیروی انسانی. شامل دانشکده‌های رشته‌های پزشکی، نظیر پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پیراپزشکی، بهداشت، تغذیه، پرستاری، مدارس فنی، مدارس عالی مدیریت و دیگر مؤسسات مربوطه.

بودجه

اعتبارات مصوب جاری بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استان گیلان، در میان دستگاههای تابع نظام بودجه استانی بعد از آموزش و پرورش و در مرتبه دوم قرار دارد. لازم به ذکر است که اعتبارات عمرانی جهت توسعه و

تالاسمی است. تاکنون ۸۵۴ مورد شناسائی گردیده که ۴۳۷ مورد مرد و ۴۱۷ مورد زن هستند. مبارزه با این بیماری در گیلان ادامه دارد. فعالیتهای انجام شده در امر بیماری تالاسمی مازور طی جدول شماره ۲۱ ارائه شده است.

بهداشت روانی

تعداد مبتلایان به بیماریهای روانی استان گیلان جمعاً ۳۶۴۲ مورد گزارش شده است. از این عده ۸۷۹ نفر به ناراحتیهای شدید روانی، ۱۳۷۵ نفر به ناراحتیهای خفیف روانی، ۷۶۸ نفر به صرع، ۶۲۰ نفر به عقب‌ماندگی ذهنی و ۲ مورد دیگر هم مبتلا به سایر بیماریهای روانی بوده‌اند. بدین ترتیب از هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت گیلان ۱/۶ نفر مبتلا به نوعی بیماری روانی هستند. در جدول شماره ۲۲ تعداد بیماران روانی گیلان را برحسب سن و نوع در سال ۱۳۶۹ می‌توان ملاحظه کرد.

بهداشت دهان و دندان

در ۶۹ مرکز بهداشتی درمانی گیلان بهداشتکار دهان و دندان اشتغال به کار دارند. در سال ۱۳۷۰ میزان دسترسی جمعیت روستایی به بهداشتکار دهان و دندان برای هر ۷۸۵ نفر ۱ بهداشتکار و میزان دسترسی به خدمات بهداشتی دهان و دندان نقاط شهری برای هر ۷۴۴۰ نفر ۱ دندانپزشک بود. آمار جدول شماره ۲۳ دسترسی جمعیت به دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان شهرستانهای استان گیلان را نشان می‌دهد.

۴۷. فشار خون، Blood-pressure فشاری است که توسط خون به جدارهای رگها وارد می‌شود و به وسیله فشار خونسنج بر حسب میلیمتر (یا سانتیمتر) جیوه اندازه‌گیری می‌شود. فشار سیستولی (فشار حداکثر که هنگام حداکثر انقباض عضله قلب تولید می‌شود) ابتدا و فشار دیاستولی (فشار حداقل، هنگامی که بطنها در حال انقباض هستند) بعداً اندازه‌گیری می‌شود. فشار خون برحسب سن فرق می‌کند. میزان عادی آن در افراد بالغ به ترتیب ۱۲۰ روی ۸۰ میلیمتر جیوه می‌باشد.

۴۸. تالاسمی thalassaemia نوعی کم‌خونی با آنمی همولیتیک ارثی و ژنتیکی مشخص با حدود فامیلی و نژادی که بر پایه شدت کلینیکی و انواع یا نوع هموگلوبین محتوی گویچه‌های سرخ به چند دسته

تقسیم شده است. مثلاً در تالاسمی مازور که شدیدترین شکل بیماری است هموگلوبین F بسیار زیاد می‌شود. در تالاسمی مینور یا شکل نشان‌دار بیماری میزان هموگلوبین A2 از حالت عادی بالاتر می‌رود. مطالعات بیشتر نشان داد که چند نوع تالاسمی می‌تواند وجود داشته باشد که بر طبق عواملی که سنتز زنجیرهای پلی‌پپتیدی هموگلوبین را کنترل می‌کنند، ظاهر می‌گردد. تالاسمی، آنمی کولی آنمی مدیترانه‌ای، آنمی اریترو بلاستوتیک کودکان و آنمی اریترو بلاستیک خانوادگی نیز می‌گویند. واژه‌نامه پزشکی انگلیسی به فارسی، دکتر هوشمند ویژه، انتشارات باستان، تهران، ۱۳۶۰، چاپ دوم، صفحه ۱۰۷-۱۰۸.

جدول شماره ۲۲ - تعداد مراکز بهداشتی درمانی و نیروی انسانی پزشکی شاغل در آنها و همچنین تجهیزات دندانپزشکی به تفکیک شهرستانهای استان گیلان در سال ۱۳۷۰.

شهرستان	شرح	مرکز بهداشتی درمانی شهری			مرکز بهداشتی درمانی روستایی			جمع کل مراکز			تعداد یونیت دندانپزشکی موجود
		مرکز	پزشک	دندانپزشک	مرکز	پزشک	دندانپزشک	بهداشتکار دهان و دندان	پزشک	دندانپزشک	
آستارا		۳	۴	۳	۳	۳	۲	۶	۷	۳	۴
آستانه اشرفیه		۵	۷	۲	۴	۴	۶	۹	۱۱	۲	۶
بندر انزلی		۱۰	۱۳	۴	۴	۴	۳	۱۳	۱۶	۴	۷
تالش		۵	۴	۱	۸	۸	۸	۱۲	۱۲	۱	۷
رودبار		۶	۱۲	۱	۶	۸	۴	۱۲	۲۰	۱	۷
رودسر		۱۲	۱۱	۱	۱۳	۴	۱۳	۲۵	۱۵	۱	۷
رشت		۲۵	۳۱	۱۵	۹	۸	۸	۳۴	۳۹	۱۵	۱۴
صومعه سرا		۵	۳	۱	۱۱	۹	۷	۱۶	۱۲	۱	۶
فومن		۶	۵	۱	۱۰	۵	۸	۱۶	۱۰	۱	۵
لاهیجان		۸	۱۳	۴	۱۵	۱۲	۱۰	۲۳	۲۵	۴	۸
لنگرود		۵	۵	۲	۶	۴	۷	۱۱	۹	۲	۵
جمع کل استان		۹۰	۱۰۸	۳۵	۸۹	۶۸	۷۶	۱۷۷	۱۷۶	۳۵	۷۶

آغوش باز می‌پذیرفت، اکثر پزشکان مهاجر به هندوستان پناه بردند و در دربار شاهان هند ارج و مقام و منزلت بسیار یافتند.

اغلب پزشکان گیلانی که جلای وطن کرده و به هندوستان عزیمت نمودند در دوره صفویه می‌زیستند. گیلان قبل از صفویه از استقلال نسبی برخوردار بود و در زمان صفویه به ویژه در دوره سلطنت شاه عباس استقلال خود را از دست داد. هنگامی که خان احمد گیلانی فرمانروای شرق گیلان (بیه پیش) به فرمان شاه طهماسب در قلعه قهقهه زندانی گردید، همچنین در دوره پادشاهی شاه عباس اول که خان احمد به دربار عثمانی پناهنده شد عده‌ای از بزرگان و دانشمندان و شعرا و پزشکان گیلان جلای وطن کرده به هندوستان عزیمت نمودند. معروفترین پزشکان گیلانی که در این زمان از سرزمین آباء و اجدادی هجرت کرده به هندوستان رفتند فرزندان حکیم عبدالرزاق هستند. حکیم عبدالرزاق مدتها صدارت خان احمد گیلانی را برعهده داشت. وی پس از شکست خان احمد گیلانی از شاه طهماسب صفوی در سال ۹۷۴ هجری قمری در قلعه الموت زندانی گردید و در همانجا مرد. حکیم عبدالرزاق ۴ پسر طبیب داشت به نام: حکیم ابوالفتح، حکیم همام‌الدین، حکیم نورالدین قراری و حکیم لطف‌الله که پس از چندی سرگردانی در ایران به دیار هند رهسپار گردیدند و در همانجا ماندگار شدند. حکیم ابوالفتح در دیار هند تا مقام صدارت بنگال پیش رفت و برادران او نیز در دیار مقام و منزلت شایسته‌ای یافتند.

پزشکان دیگر عبارتند از: حکیم الملک شمس‌الدین گیلانی (متوفی ۹۹۸ ه.ق) - حکیم ابوالقاسم گیلانی - حکیم میرمحمد هاشم گیلانی که در دوره شاه جهان صدارت و طبابت ناحیه گجرات را عهده‌دار شد و «تفسیر بیضاوی» از اوست. وی حاشیه‌ای بر کتاب علامه سمرقندی و حواشی

گسترش مؤسسات بهداشتی و درمانی و آموزشی سرمایه‌ای و تعمیرات اساسی مؤسسات مزبور برحسب نیاز تصویب شده و به این استان تخصیص داده می‌شود. البته درآمد از محل عرضه خدمات درمانی شامل ارقام بودجه جاری و عمرانی نمی‌باشد.

پزشکان گیلان

در بهداشت و درمان نیروی انسانی پزشکی به مجموعه‌ای از افراد آموزش دیده اطلاق می‌گردد که در حقیقت شریان حیاتی و محور اصلی برنامه‌ریزیهای بهداشت و درمان و عامل ارزشیابی و اجراء این برنامه‌ها هستند. با توجه به نقش کارساز نیروی مزبور در امر بهداشت و درمان و همچنین به پاس خدمات ارزنده‌ای که گروه کثیری از پزشکان در ادوار مختلف مخصوصاً در مواقع بروز بیماریهای خطرناکی نظیر وبا و طاعون به مردم گیلان نموده‌اند لازم می‌داند با رعایت اختصار آنان را معرفی نمایم.

در گذشته‌های دور مخصوصاً هنگام فرمانروایی سادات امیرکیایی، پزشکی گیلان در سطح بغداد و دمشق و سایر مراکز بزرگ علمی بود. اما در حوادث رنج‌آوری که در دوره‌های مختلف آرامش خاطر گیلانیان را به تشویش و نگرانی مبدل ساخت از جمله مواقعی که سپاهیان مغول و تیمور و شاهان صفوی، گیلان را مورد تهدید و حمله قرار دادند گروهی از علما و دانشمندان و هنرمندان و پزشکان گیلانی موطن خود را ترک کرده راه مهاجرت در پیش گرفتند.

پزشکان مهاجر

از آنجا که دربار هند مشوق علم و هنر بود و دانشمندان و هنرمندان را با

به طبابت پرداخت و «حکیم باشی» دربار ناصرالدین شاه شد. در این سمت ملقب به ملک الاطباء گردید و به سال ۱۲۸۹ هجری قمری در تهران درگذشت. میرزا کاظم رشتی ملقب به ملک الاطباء و فیلسوف الدوله. بعد از حاج آقا بابا رشتی حکیم باشی ناصرالدین شاه و ملقب به ملک الاطباء گردید. کتاب «حفظ الصحة ناصری» از اوست.

میرزا احمد رشتی مشهور به امین الاطباء. از پزشکان معروف زمان خود بود. پس از آن که از رشت به تهران آمد به عنوان پزشک مخصوص ناصرالدین شاه انتخاب شد.

حکیم صبور رشتی، ملقب به مدیر الاطباء. در جبر کوجه رشت به سال ۱۲۶۵ هجری قمری متولد شد. در مصر و بیروت تحصیل کرد، طبع شعر هم داشت. می گویند در همه گیری وبسای رشت خدمات شایسته ای انجام داد. سرانجام به سال ۱۳۱۳ هجری قمری از درشکه به زیر افتاد و درگذشت.

دکتر ابراهیم حشمت الاطباء (دکتر حشمت). در جنبش مشروطیت از مجاهدین به نام و طبیب نظام ملی بود و در قیام جنگل از سران نهضت به شمار می رفت. این پزشک آزادیخواه خدمات شایسته ای در زمینه عمران و آبادی و پزشکی لاهیجان انجام داد. عاقبت تسلیم ریا و تزویر دولت وقت شد، و در سال ۱۳۳۷ هجری قمری در رشت به دار آویخته شد.

دکتر سهراب. مقارن جنبش مشروطیت و بعد از آن در گیلان می زیست. پزشکی آزادیخواه و خدمتگزار بود. در طول تصدی قرظینه و صحیه انزلی در زمینه بهداشت عمومی و پیشگیری از بیماریها اقدامات مؤثری کرد. عاقبت به اتفاق پیرمخان به سال ۱۳۳۰ هجری قمری در حمله به قلعه شورجه همدان کشته شد.

دکتر مهدی رازی (ارفع الحکماء). به سال ۱۲۴۶ شمسی در رشت متولد شد. در جنبش مشروطیت عضو انجمن حفظ الصحة و چندی هم پزشک بیمارستان پورسینای رشت بود. به زوایبی دکتر مهدی رازی اولین کسی است که مایه کوبی آبله را در گیلان رواج داد. وی در ۹۱ سالگی درگذشت.

دکتر الکساندر اتابکیان. از دهه ۱۲۶۰ شمسی در رشت طبابت می کرد. اتابکیان در سبزه میدان رشت مطب و درمانگاه داشت. منزلش پایگاه بیماران نروتمند غیر گیلانی بود که به قصد معالجه عازم اروپا بودند و با شنیدن مهارت دکتر اتابکیان خود را به وی می سپردند. اتابکیان علاوه بر طبابت اهل قلم و سیاست هم بود. روزنامه هاماتیک را در رشت منتشر می کرد.

دکتر آرشاک یقیایان. فارغ التحصیل سوئیس بود. این پزشک ارمنی بعد از سالها انجام خدمات پزشکی در تهران و رشت به سال ۱۳۵۱ در ۸۲ سالگی درگذشت.

دکتر بطروس تاشیچیان. فارغ التحصیل آمریکا و متخصص زنان و زایمان بود. قریب ۵۰ سال به مردم گیلان خدمت کرد. این پزشک متخصص ارمنی به سال ۱۳۳۹ در ۸۸ سالگی درگذشت.

دکتر عبدالخالق آخوندزاده. او معروف به آخوند اف و فارغ التحصیل روسیه بود. دکتر آخوندزاده تا پایان عمر ۹۵ ساله خویش به طبابت پرداخت و مورد احترام اهالی بود.

دکتر وارتان آوانسیان. پس از پایان تحصیلات در روسیه از سال ۱۳۰۱

و تعلیماتی بر شرح «موجز نفیسی» و شرح «هدایت الحکمه» میدی نوشته است — حکیم فتح الله گیلانی که کتاب «شرح قانون» ابن سینا را به فارسی نوشت — حکیم فتح الله شیرازی گیلانی و برادرش حکیم محمد صالح شیرازی گیلانی پزشک دربار شاه جهان — حکیم فغفور گیلانی، متوفی ۱۰۲۹ هجری — حکیم محمد نفیس لاهیجانی طبیب مخصوص خان خانان — حکیم علی گیلانی ملقب به جالینوس زمان، پزشک و مشاور اکبر شاه و مؤلف «شرح قانون» و «مغربات علی»، متوفی به سال ۱۰۱۸ هجری — حکیم حسن گیلانی — حکیم دوئی گیلانی معلم شاه جهان و ملقب به عین الملک — حکیم محمد امین پزشک خان خانان — حکیم حاذق (متوفی ۱۰۶۷ یا ۱۰۶۸) — حکیم خوشحال — حکیم عبدالله — نظام الدین احمد گیلانی مؤلف کتاب «اسرار الاطباء» و «درمان بسواسیر» — حکیم سید احمد گیلانی (متوفی ۱۱۶۳ ه. ق) — شیخ محمد بن ابوطالب زاهد گیلانی که علاوه بر پزشکی از دام پزشکی نیز اطلاعات زیادی داشته و در این زمینه ۲ کتاب به رشته تالیف کشیده است؛ یکی رساله «فرسنامه» درباره اسب و بیماریهای آن و دیگری رساله در «خواص الحیوان».

پزشکان غیر مهاجر

در میان پزشکان غیر مهاجر گیلانی تنی چند شهرت و محبوبیتی بسیار کسب کردند به طوری که شهرت آنان از مرزهای گیلان گذشت و بیماران را از نقاط مختلف ایران و حتی سرزمینهای همجوار روانه گیلان ساخت. برخی از آنان به دربار اصفهان و تهران راه یافتند و به عنوان پزشک مخصوص شاه انتخاب شدند. قبل از تأسیس دارالفنون پزشکان گیلانی عموماً پیرو مکتب حکما و اطباء نام آور ایران به ویژه ابوعلی سینا بوده و بیماران را با گیاهان دارویی و به روش سنتی درمان می کردند. بعد از تأسیس دارالفنون تحصیل پزشکی نوین در این مدرسه و نیز کشورهای خارج معمول گردید و طب جدید به گیلان راه یافت.

از احوال پزشکی که قبل از دوره صفویه در گیلان به طبابت اشتغال داشتند اطلاع کافی در دست نیست، لذا به ذکر نام و شرح احوال پزشکیانی که از این زمان به بعد شهرتی کسب کرده و یا خدمات شایسته ای انجام داده اند می پردازیم.

مولانا محمد گیلانی ملقب به سدیدالدین. مرد طبابت و سیاست بود. در سال ۹۱۲ هجری قمری در عهد خان احمد خان کشته شد.

یحیی جان فرزند مولانا احمد طبیب گیلانی. طبیبی بسیار حاذق بود. وی شاه اسماعیل صفوی را معالجه کرد و مقدار زیادی زر حق العلاج گرفت. در سیاست، تا صدارت خان احمدخان ترقی کرد.

حکیم ابونصر گیلانی. پس از اتمام تحصیلات پزشکی در قشون به خدمت پرداخت. سپس به سمت پزشک خانوادگی شاه طهماسب انتخاب گردید. عاقبت به اتهام مشارکت در قتل شاه طهماسب به دستور شاه اسماعیل دوم صفوی (۹۸۵ — ۹۸۴ ه. ق) کشته شد.

کمال الدین گیلانی (کمال الدین افضل بن یحیی گیلانی). در عهد شاه عباس صفوی می زیست و کتاب داروشناسی جامع الجوامع در چهل فائده از آثار اوست.

حاج آقا بابا رشتی ملقب به ملک الاطباء. وی چند سال در رشت و تهران

تا ۱۳۲۳ در رشت مشغول طبابت بود و بیماران گیلانی را از مراجعه به تهران بی نیاز می ساخت.

دکتر آرامانیس آنانیان: مدت ۴۰ سال از ۱۲۹۲ شمسی تا ۱۳۳۲ در رشت به خدمات دندانپزشکی اشتغال داشت.

دکتر بالاغمی بابائی: پس از خانم تحصیلات در ترکیه، در رشت مشغول طبابت شد. دکتر بابائی انسانی نوع دوست بود. در سال ۱۳۶۲ در ۸۳ سالگی در گذشت.

حکیم سید علی سقراط: پزشک مجاز بود و تا پایان عمر ۹۳ ساله خود در مطب خصوصی به طبابت اشتغال داشت.

محمد علی مشیر سینیائی (میرزا کوچک): از پزشکان مجاز رشت بود. پس از سالها طبابت در سال ۱۳۵۰ در ۸۵ سالگی در گذشت.

دکتر ایساک در دریان: از سال ۱۳۱۲ به مدت ۴ سال در انزلی و رشت طبابت کرد و بعد از آن به قزوین و تهران عزیمت کرد.

دکتر استپان هاراطونیانس: معروف به «حکیم فانوس» فارغ التحصیل هندوستان بود. از سال ۱۲۹۲ هجری قمری در رشت به طبابت پرداخت.

می گویند کتوتون را دکتر هاراطونیانس در گیلان رواج داده است.

دکتر هائیک وارطانی: متخصص زنان و زایمان بود. مدتی در بندر انزلی و بعد از آن حدود ۱۴ سال در رشت خدمت کرد و مدتی هم ریاست بخش طی بیمارستان پورسینا را به عهده داشت. سپس به تهران عزیمت کرد و در سال ۱۳۳۳ در گذشت.

دکتر رافائیل سرکیسیان: به سال ۱۲۷۳ شمسی متولد شد و به عنوان پزشک عمومی سالها در تهران و اراک و رشت خدمت کرد. وی که مجرد می زیست تمام وقت خود را صرف درمان بیماران فقیر و بی بضاعت کرده بود.

دکتر مشدوط میلانی: فارغ التحصیل دانشگاه بساکو و متخصص بیماریهای زنان و زایمان بود. پس از مدتی طبابت در رشت به تهران عزیمت کرد.

سایر پزشکانی که در گیلان منشأ خدمات آرزنده و مسورد احترام اهالی بودند عبارتند از:

دکتر میر تقی اف، فارغ التحصیل پزشکی روسیه.

دکتر منصور باور، رئیس کل صحیه انقلاب جنگل.

دکتر حسن نیکو، دارای دکترای پزشکی از روسیه.

دکتر موسی خان فیض، فارغ التحصیل پزشکی فرانسه و عضو صحیه انقلاب جنگل و رئیس صحیه گیلان در سالهای ۱۳۰۸ و ۱۳۰۹ شمسی.

دکتر علی فارسی، فارغ التحصیل ایران.

دکتر ابوالقاسم سینا، فارغ التحصیل ایران.

پروفیسور کاظمی، فارغ التحصیل روسیه، عضو بیمارستان پورسینا.

دکتر سلامت بخش، فارغ التحصیل ایران.

دکتر عباس زاده، فارغ التحصیل ایران.

دکتر کریم جمشیدی، فارغ التحصیل فرانسه.

دکتر عنایت السلطنه.

دکتر نورالله خان.

دکتر لقمان (طب قدیم).

دکتر هاروطون تیریاکیان، فارغ التحصیل فرانسه و از سال ۱۲۷۵ شمسی به بعد در رشت طبابت کرد.

دکتر گارابت گاراپتین، فارغ التحصیل پزشکی دانشگاه مسکو بود و از حدود سال ۱۲۹۹ شمسی در رشت به طبابت پرداخت.

دکتر لیسینیک هامساگورزیان، از حدود سال ۱۲۹۹ شمسی در رشت به طبابت مشغول شد.

دکتر مارکاریان، از حدود ۱۳۰۰ شمسی در رشت به طبابت پرداخت.

دکتر پاپازیان، از حدود سال ۱۳۱۱ شمسی در رشت طبابت کرد.

خانم تاگوهی هاروطونیان، متولد رشت و از حدود ۱۳۰۱ شمسی در رشت خدمات پزشکی انجام داد.

دکتر گایگک هاروطونیان.

دکتر لئون اربلیان، ابتدا در مشهد و تهران به طبابت پرداخت سپس به پاریس رفت پس از بازگشت به ایران از سال ۱۲۲۶ تا ۱۳۳۳ در صومعه سرا و اطراف آن به عنوان مسئول بهداری خدمات زیادی انجام داد.

دکتر مسروب (دندانپزشک)، از سال ۱۲۸۶ شمسی در رشت به کار دندانپزشکی اشتغال داشت.

دکتر آرمناک میناسیان (دندانپزشک)، از حدود سال ۱۲۹۷ شمسی در رشت دندانپزشکی کرد.

دکتر آرداواژ شاهوردیان، از حدود سال ۱۳۰۸ شمسی در رشت به کار دندانپزشکی پرداخت.

دکتر کریستیدیس یونانی عضو انجمن حفظ الصحه جنبش مشروطیت گیلان.

دکتر استاودیدیس یونانی عضو انجمن حفظ الصحه جنبش مشروطیت گیلان.

دکتر کشیش اوغلی عضو انجمن حفظ الصحه جنبش مشروطیت گیلان.

دکتر سید محمد کاشانی عضو انجمن حفظ الصحه جنبش مشروطیت گیلان.

دکتر رفیع خان (همدانی) عضو انجمن حفظ الصحه جنبش مشروطیت گیلان.

گروه دیگری از پزشکان که طی چند دهه اخیر در رشت، بندر انزلی و لاهیجان به خدمات پزشکی اشتغال داشته و منشأ خدمات قابل توجهی بوده اند عبارتند از:

دکتر فریم آمریکائی (رشت) - دکتر یانگو (رشت) - دکتر ابوالقاسم خان (رشت) - دکتر مکروتومیان (رشت) - دکتر ابراهیم احیاء السلطنه (رشت) -

دکتر صادق خان زهری (رشت) - میرزا بدالله خان طبیب معروف به بشر دوست (رشت) - میرزا ابوالقاسم خان معتمد الحکماء (رشت) - میرزا ربیع طبیب (رشت) - امجد الحکماء طبیب (رشت) - میرزا هادی خان طبیب (رشت) - بقرط الدوله طبیب (رشت) - صحت السلطنه (رشت) - دکتر علی خان شفا (رشت) - دکتر آقاخان (نوب) (رشت) - دکتر اسماعیل مرزبان (رشت) - دکتر نشانیدیس (رشت) - معز الحکماء طبیب (رشت) - میرزا

جدول شماره ۲۴ - تعداد پزشکان و دندانپزشکان استان گیلان به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۶۲

شرح	جمع پزشکان		پزشکان متخصص		پزشکان عمومی		دندانپزشک	
	آزاد	شاغل	آزاد	شاغل	آزاد	شاغل	آزاد	شاغل
شهرستان آستارا	۲	۵	۰	۲	۲	۳	۱	۲
آستانه اشرفیه	۲	۹	۰	۰	۲	۹	۶	۲
بندر انزلی	۱۱	۲۰	۴	۷	۷	۱۳	۰	۲
رشت	۶۹	۱۰۴	۳۰	۸۲	۳۹	۲۲	۱۱	۱۴
رودبار	۳	۱۲	۰	۰	۳	۱۲	۰	۲
رودسر	۲	۱۲	۰	۱	۲	۱۱	۰	۲
صومعه سرا	۷	۹	۰	۰	۷	۹	۱	۱
طولاش	۸	۱۹	۲	۲	۶	۱۷	۲	۱
فومن	۱	۱۳	۰	۲	۱	۱۱	۰	۱
لاهیجان	۱۳	۲۸	۶	۱۲	۷	۱۶	۲	۴
لنگرود	۴	۱۹	۳	۵	۱	۱۴	۲	۱
جمع	۱۲۲	۲۵۰	۴۵	۱۱۳	۷۷	۱۳۷	۲۵	۳۲

— رقم مسأوی صفر است.

نکته قابل توجه آن است که نزدیک به نیمی از پزشکان در رشت (مرکز استان) فعالیت داشتند. به عنوان مثال در سال ۱۳۵۵ از کل پزشکان گیلان ۱۸۳ نفر و از ۷۲ پزشک متخصص ۵۵ نفر در رشت کار می کردند. همچنین از ۶۰ دندانپزشک نیز ۲۸ نفر در مرکز استان گیلان اشتغال داشتند. با توجه به آمار مزبور درمی یابیم که در سال ۱۳۵۵ برای هر ۴۲۰۰ نفر گیلانی ۱ پزشک و برای هر ۲۶،۴۰۰ نفر ۱ دندانپزشک وجود داشت (جمعیت گیلان بالغ بر ۱،۵۸۲،۰۰۰ نفر بود).

با پیروزی انقلاب اسلامی به علت پی آمدهای طبیعی انقلاب اسلامی و عدم هماهنگی مؤسسات آموزش پزشکی با انقلاب فرهنگی، برای مدتی در آموزش پزشکی کشور وقفه حاصل شد و بدین ترتیب از تعداد پزشکان نسا اندازه ای کاسته شد. به طوری که تعداد پزشکان گیلان از ۳۸۰ نفر در سال ۱۳۵۵ به ۳۷۲ نفر در سال ۱۳۶۲ کاهش پیدا کرد. تعداد دندانپزشکان گیلان نیز از ۶۰ نفر به ۵۷ نفر تنزل یافت. این رکود و کاهش را در جدول شماره ۲۴ می توان مشاهده کرد.

وضعیت موجود

در سال ۱۳۶۹، پزشکان شاغل در بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استان گیلان ۴۰۵ نفر شامل ۲۱۲ پزشک عمومی و ۱۹۳ پزشک متخصص بودند. تعداد ۴۴ تن از این عده را پزشکان خارجی تشکیل می دادند که ۴۰ نفر پزشک عمومی و ۴ نفر متخصص بودند. از ۳۶۱ پزشک ایرانی نیز ۱۸۹ تن متخصص و ۱۷۲ نفر پزشک عمومی بودند. بدین ترتیب ۵۲ درصد از کادر پزشکی گیلان را پزشکان متخصص تشکیل داده اند. حال آن که در سال ۱۳۴۷ تعداد پزشکان متخصص گیلان حدود ۲۰ درصد و در سال ۱۳۵۵ فقط ۱۹ درصد بوده است. در مجموع، این اعداد و ارقام حکایت از دل بستن پزشکان

جعفر اعتماد الحکماء (رشت) - میرزا تقی سراج الحکماء (رشت) - میرزا یحیی عمیدالاطباء (رشت) - میرزا علی اصغر خان صدیق الاطباء (رشت) - مسیح الحکماء (رشت) - میرزا مهدی خان طبیب (رشت) - علی خان طبیب (رشت) - ارفع الحکماء (رشت) - میرزا تقی خان طبیب (لاهیجان) - میرزا هاکب طبیب (لاهیجان) - علیرضا خان طبیب (لاهیجان) - دکتر خلیف (بندر انزلی) - دکتر محمد خان (بندر انزلی).
دکتر مامیکونیان (پزشک نیلات انزلی) - دکتر آشوت در استانبول (انزلی) - دکتر نرسیس باتواکانیان (انزلی) - دکتر میکائیل جلالیان (انزلی) - خانم دکتر گیدیشیان ساهاکانوش (انزلی) - دکتر وارطان جانیان (انزلی) - دکتر آرداش ملکونیان (انزلی) - دکتر یگساریان (انزلی) و دکتر هائیک قازاریان (انزلی).

مرحله جدید

با توسعه و گسترش مؤسسات عالی پزشکی و تربیت گروه قابل توجهی از پزشکان، دندانپزشکان، و داروسازان مرحله جدیدی آغاز شد و تعداد فارغ التحصیلان رشته های پزشکی در گیلان رو به افزایش گذاشت. رفته رفته کلیه امور پزشکی شامل پیشگیری، تشخیص و درمان متضمن خدمات مشورتی و تحقیقاتی و آموزشی به دست فارغ التحصیلان رشته های پزشکی افتاد. بدین ترتیب امر درمان با استفاده از روشهای جدید در دور افتاده ترین نقاط استان توسعه و تعمیم یافت. آمارهای زیر نشان دهنده تعداد پزشک و دندانپزشک گیلان در فاصله سالهای ۱۳۴۹ تا ۱۳۵۵ است.

سال	تعداد پزشک	تعداد دندانپزشک
۱۳۴۹	۲۲۸ نفر	۲۹ نفر
۱۳۵۰	۲۳۴ نفر	۳۰ نفر
۱۳۵۱	۲۴۵ نفر	۳۰ نفر
۱۳۵۲	۲۷۳ نفر	۳۸ نفر
۱۳۵۳	۳۱۱ نفر	۴۳ نفر
۱۳۵۴	۳۴۸ نفر	۵۲ نفر
۱۳۵۵	۳۸۰ نفر	۶۰ نفر

در سال ۱۳۵۵ تعداد پزشکان گیلان بر حسب تخصص به شرح زیر بودند:

پزشک عمومی	۳۰۸ نفر و متخصص ۷۲ نفر
متخصص رشته های داخلی	۹ نفر
متخصص کودکان	۶ نفر
متخصص اعصاب و روان	۱ نفر
متخصص پوست و آمیزشی	۱ نفر
متخصص جراحی	۳۰ نفر
متخصص چشم	۳ نفر
متخصص زنان و زایمان	۹ نفر
متخصص گوش و حلق و بینی	۴ نفر
متخصص رادیولوژی	۴ نفر
متخصص بیهوشی	۵ نفر

جدول شماره ۲۵ - پزشکان عمومی و متخصص وابسته به سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان و دانشگاه علوم پزشکی گیلان برحسب تخصص و به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۶۹

شهرستان	آستارا	آستانه اشرفیه	بندر انزلی	تالش	رشت	رودبار	رودسر	صومعه سرا	فومن	لاهیجان	لنگرود	جمع استان
جمع پزشکان عمومی	۸	۱۱	۲۰	۱۲	۵۴	۱۷	۲۲	۱۱	۱۶	۲۷	۱۴	۲۱۲
جمع پزشکان متخصص	۳	۰	۱۲	۶	۱۴۴	۰	۲	۴	۲	۱۷	۳	۱۹۳
داخلی	۰	۰	۱	۱	۱۰	۰	۰	۱	۰	۳	۱	۱۷
اطفال	۲	۰	۰	۱	۹	۰	۱	۱	۱	۲	۱	۱۸
عفونی	۰	۰	۰	۰	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴
قلب و عروق	۰	۰	۰	۰	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵
اعصاب و روان	۰	۰	۱	۰	۱۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۱
پوست و آمیزشی	۰	۰	۰	۰	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳
جراحی عمومی	۱	۰	۲	۱	۱۶	۰	۱	۲	۱	۳	۱	۲۸
گوش و حلق و بینی	۰	۰	۱	۲	۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۹
چشم	۰	۰	۱	۰	۶	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۸
زنان و زایمان	۰	۰	۲	۰	۱۲	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۱۶
بیهوشی	۰	۰	۱	۱	۱۲	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱۵
رادیولوژی	۰	۰	۱	۰	۸	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱۰
ارتوپدی	۰	۰	۱	۰	۵	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۸
ارولوژی	۰	۰	۱	۰	۳	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۶
علوم آزمایشگاهی	۰	۰	۰	۰	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵
سایر	۰	۰	۰	۰	۳۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰
جمع کل استان	۱۱	۱۱	۳۲	۱۸	۱۹۸	۱۷	۲۴	۱۵	۱۸	۴۴	۱۷	۴۰۵

- رقم مساوی صفر است.

پیشرفته برای هر ۱۰۰۰ نفر حداقل ۱ پزشک وجود دارد. استانهای مختلف کشور نیز کم و بیش با گیلان هماهنگ هستند. فقط در این میان استان تهران به علت ویژگی خاص شهر تهران در سطح کشورهای مستقری است. در میان شهرهای گیلان رشت با ۲۰۸۰ نفر به ازای هر پزشک از شهرستانهای دیگر جلوتر است. شاخصهای شهرستانها بدین صورت بوده است.

شهرستان	جمعیت به ازای یک پزشک	جمعیت به ازای یک دندانپزشک
آستارا	۴۸۰۰ نفر	۲۰،۸۰۰ نفر
آستانه اشرفیه	۸۳۰۰ نفر	۲۶،۹۰۰ نفر
بندر انزلی	۲۸۰۰ نفر	۱۶،۳۰۰ نفر
تالش	۹۲۰۰ نفر	۵۳،۴۰۰ نفر
رشت	۲۱۰۰ نفر	۱۴،۴۰۰ نفر

به رشته‌های تخصصی پزشکی و استقبال مردم از تخصص دارد. در جدول شماره ۲۵ آمار پزشکان گیلان در سال ۱۳۶۹ ارائه شده است.

بر پایه این آمار ۴۹ درصد پزشکان گیلان در رشت به طبابت اشتغال داشته‌اند. در سطح استان نیز از هر ۱۰۰ پزشک ۱۵ نفر در نقاط روستایی و ۸۵ پزشک در نقاط شهری مستقر بوده‌اند. جدول شماره ۲۶ این اختلاف را به طور آشکار نشان می‌دهد.

آمار جدول شماره ۲۷ حاکی است که در سال ۱۳۶۹ استان گیلان ۶۲۵ پزشک عمومی و متخصص، ۱۰۰ دندانپزشک، ۱۳۰ داروساز دارای دکترای و در مجموع ۸۵۵ نفر در بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دولتی) و آزاد داشته است. بدین ترتیب برای هر ۲۶۰۰ نفر جمعیت گیلان ۱ دکتر اعم از پزشک، دندانپزشک و داروساز مشغول فعالیت بوده است. مقایسه این نسبت با سبتهای متداول در جهان تفاوت‌های چشمگیری را نشان می‌دهد. در ممالک

جدول شماره ۲۷ - آمار پزشکان، دندانپزشکان، دکترهای داروساز و نیز تعداد دندانپزشکان تجربی و دندانسازان استان گیلان به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۶۹

شهرستان	شرح	پزشک	دندانپزشک	دکتر داروساز	جمع کل	تعداد دندانپزشک تجربی	تعداد دندانساز
آستارا		۱۳	۳	۴	۲۰	۳	۴
آستانه اشرفیه		۱۳	۴	۶	۲۳	۱	۲
بندر انزلی		۴۷	۸	۱۰	۶۵	۳	۳
تالش		۲۸	۵	۶	۳۹	۱	۱۷
رشت		۳۳۸	۴۹	۵۲	۴۳۹	۱۹	۴۶
رودبار		۱۷	۰	۱	۱۸	۱	۵
رودسر		۳۶	۵	۱۴	۵۵	۱	۱۵
صومعه سرا		۲۲	۳	۱۰	۳۵	۱	۱۱
فومن		۲۲	۳	۷	۳۲	۳	۹
لاهیجان		۶۴	۱۴	۱۱	۸۹	۴	۱۱
لنگرود		۲۵	۶	۹	۴۰	۲	۳
جمع کل استان		۶۲۵	۱۰۰	۱۳۰	۸۵۵	۳۹	۱۲۶
جمعیت به ازای ۱ پزشک ۳۶۰۰ نفر							
جمعیت به ازای ۱ دندانپزشک ۲۳۰۰۰ نفر							
جمعیت به ازای ۱ دکتر داروساز ۱۷۰۰۰ نفر							
جمعیت به ازای ۱ دکتر (پزشک، دندانپزشک و داروساز) ۲۶۰۰ نفر							

۰ - رقم مساوی صفر است.

رویداد مهم پزشکی و درمانی یاد کرد. زیرا حدود یک سده پیش، در گیلان همانند نقاط دیگر کشور، بیمارستان دو اذعان عمومی واژه نامأنوسی بود. ظاهراً کار احداث بیمارستانی توسط یکی از افراد متنفذ در رشت آغاز گردیده بود، لیکن به علت عدم تکافوی امکانات مالی و تسهیلات لازم هرگز ادامه نیافت. همچنین محلی به نام بیمارخانه در رشت دایر بود که آن هم در معرض هواپماهای جنگی انگلیسی به قصد سرکوبی جنگلیها، به سختی صدمه دید. در مجموع می‌توان گفت بعد از تأسیس درمانگاه و بیمارستان دکتر فریم آمریکائی (حدود سال ۱۲۸۵ شمسی) مردم با خدمات واقعی بیمارستانی آشنا شده و درصدد برآمدند چه بیشتر از مزایای آن بهره‌مند شوند. حدود ۱۸ سال بعد، بیمارستان پورسینا (بیمارستان ملی) در رشت تأسیس شد و از آن پس بر تعداد بیمارستانها و مؤسسات بهداشتی و درمانی گیلان به تدریج افزوده شد.

بیمارستان پورسینا

بیمارستان پورسینای رشت با نام «بیمارستان ملی» در سال ۱۳۰۳ شمسی تأسیس شد. به استناد مدارک موجود حدود ۷ هکتار زمین برای بنای

رودبار	۸۳۰۰ نفر	
رودسر	۶۱۰۰ نفر	۴۴،۱۰۰ نفر
صومعه سرا	۶۲۰۰ نفر	۴۷،۹۰۰ نفر
فومن	۸۷۰۰ نفر	۶۳،۶۰۰ نفر
لاهیجان	۳۷۰۰ نفر	۱۶،۹۰۰ نفر
لنگرود	۴۹۰۰ نفر	۲۰،۴۰۰ نفر
استان گیلان	۳۶۰۰ نفر	۲۳،۰۰۰ نفر

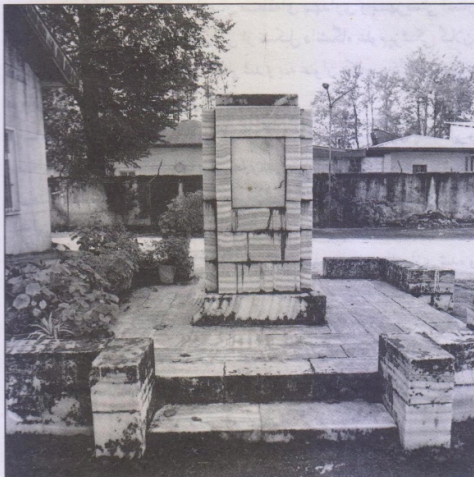
جدول شماره ۲۶ - پزشکان وابسته به سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان و دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۶۹.

شهرستان	شرح	پزشکان نقاط شهری	پزشکان نقاط روستایی	جمع
آستارا		۸	۳	۱۱
آستانه اشرفیه		۱۱	۱	۱۰
بندر انزلی		۳۲	۵	۲۷
تالش		۱۸	۵	۱۳
رشت		۱۹۸	۵	۱۹۳
رودبار		۱۷	۴	۱۳
رودسر		۲۴	۷	۱۷
صومعه سرا		۱۵	۵	۱۰
فومن		۱۸	۶	۱۲
لاهیجان		۴۴	۱۵	۲۹
لنگرود		۱۷	۶	۱۱
جمع کل استان		۳۴۳	۶۲	۴۰۵
پزشکان شاغل در نقاط شهری ۸۵ درصد				
پزشکان شاغل در نقاط روستایی ۱۵ درصد				

بنابراین برای رسانیدن تعداد پزشکان کشور به یک حد نصاب قابل قبول می‌باید اقدامات وسیعی به طور همزمان جهت کنترل جمعیت از یک سو و تربیت پزشک و دندانپزشک و داروساز از سوی دیگر انجام شود. آمار دیگری که ضمن جدول مزبور آمده نشان دهنده تعداد دندانپزشکان تجربی و دندانسازان در شهرستانهای استان گیلان است. لازم به یادآوری است که علاوه بر پزشکان ۹۳۲۲ نفر پرسنل پیراپزشک و غیره نیز مسئولیت امور درمانی را در استان گیلان انجام می‌دهند. از این تعداد ۶۹۴۵ نفر در سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان و ۲۳۷۷ نفر در دانشگاه علوم پزشکی گیلان به کار اشتغال دارند. به استناد آمار سال ۱۳۷۳، تعداد پزشکان ایرانی استان گیلان به ۱۱۲۵ نفر رسیده است.

بیمارستانها

تأسیس بیمارستانها در استان گیلان نکته‌ای است که باید از آنها به عنوان



آرامگاه قدیمی ۴ تن از بزرگان و مسئولان گیلان در محوطه بیمارستان پورسینای رشت.



بیمارستان پورسینای رشت.

بیمارستان در سال مزبور عبارت بوده اند از:

- بخش داخلی، دارای ۷۰ تخت مردانه و زنانه با ۲ پزشک و ۱۰ پرستار و بهیار و کمک بهیار.
- بخش عفونی، دارای ۳۵ تخت با ۱ پزشک، ۲ پرستار، ۱ کمک بهیار.
- بخش کودکان (معروف به بخش قی و اسهال)، دارای ۳۰ تخت، ۱ پزشک و ۱۲ بهیار و کمک بهیار.
- بخش جراحی، با ۷۵ تخت، ۷ جراح و ۲۵ پرستار و بهیار و کمک بهیار.
- بخش رادیولوژی، با ۵ دستگاه رادیولوژی نو و مستعمل.

همچنین بیمارستان دارای داروخانه، آزمایشگاه، درمانگاه اورژانس، درمانگاه مرکزی شامل کلینیکهای: داخلی، جراحی، کودکان، زنان، گوش و حلق و بینی، چشم، مرکز استریلیزاسیون، رختشویخانه، آشپزخانه، انبار، دو دستگاه آمبولانس و سیستم دفع فاضلاب و زباله بوده است.

بخشی از فعالیتهای بیمارستان در سال ۱۳۴۹ به شرح زیر بوده است:

- تعداد بیماران سرپایی مراجعه کننده ۱۰۰،۸۷۵ نفر.
- تعداد بیماران بستری شده در طول سال ۳۱۹۱ نفر.
- تعداد بیمارانی که پس از معالجه مرخص شده اند ۳۰۹۷ نفر.
- تعداد بیماران بستری که فوت شده اند ۱۴۶ نفر.
- تعداد آزمایشهای انجام شده در آزمایشگاه ۱۰،۲۰۴ مورد.
- تعداد مراجعین به بخش رادیولوژی ۶۶۲۷ نفر.

بیمارستان پورسینای رشت بعد از انقلاب اسلامی، در سال ۱۳۵۸ از هلال

بیمارستان از محل عواید چند نمایشنامه، در ناصریه رشت خریداری گردید. سپس به همت مردم و سهمیه عوارضی که از برنجهای صادراتی اخذ می شد در زمین مزبور ساختمان بیمارستان آغاز گردید و مورد بهره برداری قرار گرفت. صادق کوچک پور در همین زمینه می نویسد: «بودجه فرهنگ گیلان ملی بود یعنی دولت اعتباری برای پرداخت بودجه فرهنگ نداشت و بودجه از محل صدور برنج به خارج اداره می شد. به این معنی از هر بوط برنج ۵ شاهی و از هر کیسه ۱ شاهی می گرفتند و با جمع آوری وجوه که به وسیله دارائی و گمرک انجام می گرفت فرهنگ گیلان و بهداشت اداره می شد. از این مبلغ بیمارستان پورسینای رشت بنا شد. این وجوه تحت نظر و مراقبت هیشی به نام خیریه که اعضاء آن از معتمدین رشت از قبیل میرزا محمد علی خان پیربازاری و میرزا علی اکبر نهاوندی و حساح مسعود علی آقا داود زاده و غیره بودند اداره می شد.»^{۴۹} در ابتدای کار، بیمارستان دارای ۲ ساختمان ۱ طبقه جدا از هم بود. لازم به ذکر است تا آماده شدن ساختمانهای بیمارستان در «ناصریه» (حدود ۱۳۰۸ شمسی) بیمارستان پورسینا با نام «بیمارستان ملی» در ۱ ساختمان استیجاری به سرپرستی علی پیربازاری فعالیت داشت.

این بیمارستان در سال ۱۳۲۷ به وزارت بهداشتی تحویل گردید. در سال ۱۳۳۷ بر طبق «لایحه واگذاری امور مردم به مردم» پس از تشکیل انجمن بهداری رشت، بیمارستان پورسینا نیز تحویل انجمن مزبور شد. به مرور زمان بلوکهای ساختمانی دیگری در جهت تکمیل و تجهیزات بیشتر به آن اضافه گردید و در سال ۱۳۴۹ به شیرو خورشید سرخ تحویل گردید.

بیمارستان پورسینا در سال ۱۳۴۹ تعداد ۲۱۰ تخت داشته است. بخشهای

۴۹. نهضت جنگل و اوضاع فرهنگی - اجتماعی گیلان و قزوین، صادق کوچک پور، به کوشش سید-محمد تقی میرابوقاسمی، نشر گیلکان، رشت، ۱۳۶۹، صفحه ۹۳.

* به نظر می رسد در نقل ارقام اشتباهی رخ داده باشد بدین ترتیب که از هر بوط برنج ۱ شاهی و از هر کیسه ۵ شاهی اخذ می شد زیرا هر کیسه معادل ۶۶ کیلوگرم و هر بوط ۱۶/۳۸۰ کیلوگرم است.

پزشکی کار خود را آغاز کرد و امروز به آخرین وسائل تشخیص و درمان از قبیل سی. تی. اسکن، کامپیوتر و سایر ابزار و آلات مدرن مجهز است. تا چند سال قبل ساکنان گیلان در صورت نیاز به استفاده از سی. تی. اسکن ناچار بودند به تهران عزیمت نمایند و در این رهگذر با مشکلات متعددی روبرو می شدند. افراد که بضاعت نیز اجباراً از سفر صرف نظر نموده به تشخیصهای بالینی قناعت می کردند.

در شمال غربی محوطه بیمارستان پورسینا آرامگاهی قدیمی وجود داشت که بازسازی شده و نمای یادبودی بر روی آن بنا گردیده است. بر روی سنگ یادبود نوشته شده است: «بسم الله الرحمن الرحيم. این مزار نیک مردانی است که در راه وطن جان داده اند.» گفته می شود ۴ تن از بزرگان و مسئولان گیلان، به اسامی: ملا عبدالعزیز شریعتمدار کرگانی، یوسف خان چوبنه‌ای، کاظم خان رئیس کمیسری و صالح خان مژده‌ی، در بهمن ۱۲۹۱ شمسی که در اثر سربلجی از اجرای دستور روسها و مخالفت با اعمال خشونت‌آمیز آنان توسط سربازان روسی به قتل رسیدند در این محل دفن شده‌اند.

بیمارستان آریا

بیمارستان خصوصی آریا در سال ۱۳۴۳ با ۱۰ تخت در یک ساختمان استیجاری نامناسب در شمال سبزه میدان رشت آغاز بکار کرد. در سال ۱۳۶۲ بیمارستان آریا توسط «گروه پزشکی گیل و دیلم (سهامی خاص)» که در همان زمان تشکیل شده بود خریداری گردید و با موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به یک ساختمان استیجاری ۴ طبقه واقع در غرب سبزه میدان رشت انتقال داده شد و با ۴۰ تخت به نام «بیمارستان گیل و دیلم» با وضعیت جدید شروع بکار نمود.

با توجه به استقبال اهالی و عدم تکافوی فضا و امکانات بیمارستان گیل و دیلم، گروه مذکور ۱ قطعه زمین به مساحت ۱۷،۵۰۰ متر مربع جنب بلوار رشت - انزلی خریداری نمود. ساختمان بیمارستان جدید در آن آغاز گردید و با زیربنای ۴۵۰۰ متر مربع و با ظرفیت ۱۱۰ تخت و بخشهای تخصصی زیر در سال ۱۳۷۱ مورد بهره‌برداری قرار گرفت:

بخش جراحی عمومی بخش گوش و حلق و بینی
بخش جراحی زنان و زایمان بخش جراحی ترمیمی
بخش ارتوپدی بخش نوزادان بخش چشم پزشکی
طبق آمار سال ۱۳۷۳، در بیمارستان آریا مجموعاً ۲۲۴ نفر (۱۰۳ مرد و ۱۲۱ زن) امور درمانی و اداری و مسالی را عهده‌دار هستند و همچنین ۸۲ پزشک متخصص و ۶ پزشک عمومی نیز در آن فعالیت دارند.

بیمارستان توتونکاران رشت

توتون سیگار به سال ۱۸۷۵ میلادی توسط شخصی به نام دکتر استپان هاراطونیانس مشهور به «حکیم فائوس» به گیلان آورده شد. ابتدا کشت و

مقاطع مختلف عضو مورد نظر تصاویر دقیق آناتومیک آماده می‌سازد. بسیاری از ضایعات و صدمات مغزی از جمله آن تومرها، کیتنها و سکتة مغزی به وسیله سی. تی. اسکن مورد مطالعه و بررسی قرار داده می‌شود.

احمر استان گیلان منتزع و به سازمان منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی استان گیلان منتقل گردید. این بیمارستان پس از تشکیل دانشگاه علوم پزشکی گیلان، در سال ۱۳۶۵ به این دانشگاه واگذار شد و به عنوان یک مرکز آموزشی و درمانی مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

در سالهای اخیر (به خصوص طی ۳ سال گذشته) تغییر و تحول چشمگیر و عمده‌ای در وضعیت ساختمانها و توسعه و افزایش تجهیزات تشخیص پزشکی و درمانی بیمارستان صورت گرفته که موجبات ارتقاء سطح کارآئی آموزشی و درمانی را فراهم کرده از جمله ساختمانهای بخش نورولوژی و بخش اورژانس که در اثر زلزله سال ۱۳۶۹ آسیب کلی دیده بودند بازسازی شده و مورد استفاده قرار گرفتند. طبقه بالای ساختمان اورژانس به ارتوپدی الکتیو elective اختصاص داده شد. ساختمان ۲ طبقه با زیربنای ۱۲۰۰ متر مربع که در سال ۱۳۷۱ آماده بهره‌برداری گردید به بخشهای رادیولوژی، اسکن و جراحی اعصاب اختصاص یافت. دستگاههای تشخیص پزشکی و درمانی زیر نیز تاکنون (۱۳۷۳) تهیه و مورد بهره‌برداری قرار گرفته‌اند:

دستگاه ماموگرافی، دستگاه توموگرافی، دستگاه رادیولوژی ۱۰۰۰ میلی آمپر، تجهیزات و دستگاههای مربوط به «ای. سی. یو» (برای جراحی اعصاب)، اتوانالیزر، دستگاه هماتولوژی، دستگاه اندازه‌گیری الکترولیتها، دستگاه اندازه‌گیری گازهای خون (bloodgas)، دستگاههای جدید و پیشرفته آندوسکوپی و «E.R.C.P»، نصب و راه‌اندازی دستگاههای الکترومیوگرافی و الکتروانسفالوگرافی در بخش نورولوژی، تجهیز اطباءهای عمل به میکروسکوپ جراحی، چسبهای سیالیتیک و نخهای عمل پیشرفته، دستگاههای بیهوشی، دستگاه سونوگرافی و غیره.

اگر وضع بیمارستان پورسینا را در ۱۳۷۳ مورد بررسی قرار دهیم درمی‌یابیم که بیمارستان با زیر بنای ۱۴،۰۰۰ مترمربع در زمینی به مساحت ۳۶،۰۰۰ مترمربع و در محوطه مشجری به وسعت ۲۲،۱۵۰ مترمربع ساخته شده و تعداد تخت و امکانات پرسنلی آن به قرار زیر است:

بخشهای درمانی شامل: جراحی، ارتوپدی، داخلی و اعصاب، جراحی اعصاب و داخلی، بخشها و واحدهای تشخیص پزشکی و درمانی شامل: رادیولوژی، آزمایشگاه، درمانگاههای تخصصی و اورژانس و داروخانه و بانک خون.

تعداد تخت بیمارستانی	۳۲۰ عدد
تعداد پزشک متخصص	۳۵ نفر
تعداد پزشک عمومی	۱ نفر
تعداد پیراپزشک	۲۵۲ نفر (آمار سال ۱۳۷۱)
تعداد کل کارکنان	۴۱۷ نفر (مرد ۱۹۶ نفر، زن ۲۲۱ نفر)

سی. تی. اسکن: بیمارستان پورسینای رشت که به هفتادمین سالگرد تأسیس خود رسیده در حال حاضر یکی از بیمارستانهای مجهز کشور است. این بیمارستان حدود ۷۰ سال قبل با کمترین امکانات و تجهیزات و وسائل

سی. تی. اسکن Computed Tomography Scan، در حال حاضر یکی از مهمترین و باارزشترین سیستمهای تشخیص پزشکی بشمار می‌رود. در این سیستم تیوب اشعه ایکس ضمن اینکه در اطراف بیمار می‌چرخد از زوایای مختلف تصاویر رادیوگرافی تهیه می‌نماید. سپس توسط کامپیوتر از

اتحادیه کشاورزی توتونکاران گیلان و نماینده امام در گیلان و امام جمعه رشت رسید که بر طبق آن اتحادیه کشاورزی توتونکاران گیلان موافقت نمود اداره بیمارستان و بهره‌برداری از آن وسیله دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام گردد. و کلیه لوازم و وسائل آن در اختیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان قرار گیرد. دانشگاه گیلان متقابلاً تعهد نمود کلیه توتونکاران عضو اتحادیه و عائله تحت تکفل آنان را با ارائه معرفی نامه اتحادیه در کلیه درمانگاهها و بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گیلان در اولویت و تحت درمان رایگان قرار دهد و درمان شامل کلیه اقدامات و هزینه‌هایی باشد که در حد امکان بهبود و سلامت را تأمین نماید، مثل معاینات مختلف و آزمایش و عکسبرداری و اعمال جراحی و تزریقات و داروی مورد نیاز در داروخانه بیمارستان و یکی از داروخانه‌های معتبر شهر رشت. دانشگاه متعهد شد کلینیک تخصصی دکتر شریعی و داروخانه آن را مثل گذشته دائر نماید و بیماران عضو اتحادیه و عائله تحت تکفل آنان را به رایگان تحت درمان قرار دهد. در غیر اینصورت یک واحد درمانی باید در ساختمان بیمارستان توتونکاران دائر شود و همه روزه بیماران توتونکار و عائله تحت تکفل آنان را درمان نموده و داروی رایگان در اختیار آنان قرار دهد. طبق قرارداد مزبور در هر یک از بیمارستانها و کلینیکها و درمانگاههای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گیلان در هر قسمت و بخش روزانه ۳ تا ۵ شماره برای توتونکاران و اعضاء خانواده آنان اختصاص یافت و در هر بیمارستان حداقل ۵ تخت جهت مداوا و بستری نمودن آنان منظور گردید تا در امر درمان اعضاء اتحادیه و عائله تحت تکفل آنان تأخیر و مشکلی ایجاد نگردد.

این بیمارستان که در خیابان نامجوی رشت واقع شده در حال حاضر (سال ۱۳۷۳) دارای ۱۰۵ تخت و ۲ بخش به شرح زیر است:

بخش چشم ۵۵ تخت
بخش گوش و حلق و بینی ۵۰ تخت

بیمارستان توتونکاران دارای آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی و ۱۵۶ کارمند (۶۷ مرد و ۸۹ زن) است. همچنین ۱۵ پزشک متخصص و ۲ پزشک عمومی دارد.

بیمارستان دکتر حشمت رشت

بیمارستان دکتر حشمت رشت در سال ۱۳۴۹ با نام کورش آغاز به کار کرد. در سال ۱۳۴۲ زمین این بیمارستان که ۱۶،۱۳۲ مترمربع است توسط شخص نیکوکاری به نام بیانی به صورت رایگان در اختیار جمعیت شیر و خورشید سرخ رشت قرار داده شد. کار ساختمانی آن در سال ۱۳۴۳ آغاز گردید و در سال ۱۳۴۸ با زیربنای ۷۷۴۵ مترمربع پایان یافت. این بیمارستان بعد از انقلاب اسلامی، در سال ۱۳۵۸ به سازمان منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی استان گیلان پیوست و پس از تأسیس دانشگاه علوم پزشکی گیلان به این دانشگاه تحویل گردید.

بیمارستان مزبور در سال ۱۳۶۹ دارای ۱۲۲ تخت در بخشهای درمانی زیر بود.

بخش داخلی ۳۰ تخت (۲۴ درصد تختهای بیمارستان).

خرید و فروش آن آزاد بود ولی در سال ۱۳۱۶ شمسی پس از تأسیس دخانیات ایران تهیه و تولید و پخش توتون و مشتقات آن در انحصار دخانیات ایران قرار گرفت.

توتونکاران گیلان در سال ۱۳۲۴، به تشکیل «اتحادیه کشاورزی توتونکاران گیلان» مبادرت ورزیدند. تأسیس ۱ درمانگاه در محل فعلی بیمارستان توتونکاران رشت از نخستین اقدامات این اتحادیه بود. درمانگاه توتونکاران با تهیه وسائل و تجهیزات لازم و عقد قرارداد با داروخانه شبانه‌روزی رشت جهت تأمین داروهای مورد نیاز به مداوای کشاورزان توتونکار عضو اتحادیه پرداخت.

از سال ۱۳۲۵ چند درمانگاه دیگر جهت درمان کشاورزان توتونکار در نقاط مختلف گیلان افتتاح شد. درمانگاهها در این محلها قرار داشتند: بازار جمعه، گل افزان فومن، اباتر، طاهر گوراب، ضیابسر، کسما، صومعه سرا، پسرخان و گوراب زرمیخ. در سال ۱۳۲۶ هر روز بر طبق برنامه تنظیمی یک آمبولانس با پزشک و پزشکیار و دارو و لوازم پزشکی به درمانگاههای مزبور مراجعه کرده به معالجه و درمان بیماران می‌پرداخت. در درمانگاههای یاد شده روزانه ۱ پزشکیار مشغول انجام وظیفه بود. ۲ روز در هفته نیز پزشک اتحادیه کشاورزی توتونکاران گیلان در محل درمانگاه بیماران عضو اتحادیه را معاینه و درمان می‌کرد.

در سال ۱۳۴۳ هیئت مدیره اتحادیه کشاورزی توتونکاران گیلان با توجه به نیاز روزافزون درمان توتونکاران به احداث یک بیمارستان ۳۰ تختخوابی با تجهیزات لازم مبادرت نمود. بیمارستان مذکور از سال ۱۳۴۶ درمان اعضاء اتحادیه کشاورزی توتونکاران گیلان و بیماران غیر توتونکار را بر طبق ضوابط و مقررات مصوب هیئت مدیره اتحادیه آغاز کرد.

چون این بیمارستان با ۳۰ تختخواب جوابگوی نیازهای درمانی اعضاء اتحادیه کشاورزی توتونکاران و مردم رشت نبود از این رو بیمارستان به گنجایش ۱۰۰ تختخواب در زمین ۱۰،۰۰۰ مترمربعی متعلق به بیمارستان توسعه داده شد. کار ساختمانی از سال ۱۳۴۷ شروع شد و در سال ۱۳۵۰ با زیربنای ۳۵۰۰ مترمربع به اتمام رسید. بیمارستان مذکور از سال ۱۳۵۱ تا سال ۱۳۵۵ که به سازمان منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی گیلان تحویل گردید توسط هیئت مدیره اتحادیه کشاورزی توتونکاران گیلان اداره می‌شد.^{۵۱} تحویل این بیمارستان به سازمان منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی گیلان اشتباه محض بود زیرا بیمارستان و تجهیزات آن از سرمایه توتونکاران زحمتکش عضو اتحادیه کشاورزی توتونکاران گیلان بنا گردیده و هیچگاه جز اموال دولتی نبوده است. به همین سبب اختلاف شدیدی بین اتحادیه کشاورزی توتونکاران و سازمان منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی آغاز شد که تا پیروزی انقلاب اسلامی ادامه داشت. بعد از تشکیل دانشگاه علوم پزشکی گیلان مقاله نامه‌ای در مورد بیمارستان مزبور به اعضاء رئیس دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مدیرعامل

۵۱. هیئت مؤسس اتحادیه کشاورزی توتونکاران گیلان بدین قرار بودند: نعمت عربانی، یوسف عربانی، احمد داودی، میر طیب نعیمی، محمد علی دادور، فریدون اکبر و گل آقا فرج‌داد باستانی. همچنین اولین هیئت مدیره اتحادیه مرکب بود از: محمد علی دادور، احمد داودی، فریدون نعیمی اکبر، یحیی گیگاسری، سالار مشکوة، رئیس هیئت مدیره نیز احمد داودی بود.

بخش مراقبت‌های ویژه قلب (سی، سی، یو): قصاب عضو عضلانی توخالی و بر قدرت بدن انسان است. این عضو مهم و حساس مسئول رسانیدن خون اکسیژن‌دار به بافت‌های بدن و رسانیدن خون بدون اکسیژن به ریتین جهت تصفیه و اکسیژن‌گیری می‌باشد. هم‌اکنون برای مراقبت‌های ویژه بیماران مبتلا به امراض قلبی یک بخش ۲۰ تخت‌خوابی با ۱۰ دستگاه مانیتور^{۵۳} و کادر ویژه در بیمارستان دکتر حشمت وجود دارد. به علاوه یک دستگاه سانترال مانیتورینگ با ۱۲ مانیتور نیز خریداری شده و در حال نصب و راه‌اندازی می‌باشد. این دستگاه‌ها در سطح بیمارستان‌های استان گیلان بیماران را از رنج سفر به تهران بی‌نیاز می‌سازد.



بیمارستان دکتر حشمت (مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت) رشت، در سال ۱۳۷۱.

بیمارستان رازی

بیمارستان رازی در ۴ هکتار زمین اهدائی مرحوم محمود محمودی با نام آسایشگاه مسلولین پایه‌گذاری شد. ساختمانها و تأسیسات مورد لزوم آسایشگاه ساخته شد لیکن بهره‌برداری از آنها تا سال ۱۳۴۴ مسکوت ماند. سرانجام با پی‌گیری دکتر حکیم‌زاده (مدیرکل وقت بهداشتی) و دکتر سرور ایزدی در سال ۱۳۴۶ با ۱۰۰ تخت فعال مورد بهره‌برداری قرار گرفت و بالاخره در سال ۱۳۵۶ تبدیل به بیمارستان عمومی گردید. با تشکیل دانشگاه علوم پزشکی گیلان، در سال ۱۳۶۵ برای انجام امور پزشکی، آموزشی و درمانی به این دانشگاه واگذار گردید.



بخش مراقبت‌های ویژه قلب (C.C.U) در بیمارستان دکتر حشمت رشت.

مشخصات عمومی و درمانی بیمارستان در سال ۱۳۷۳ به شرح زیر است:

- کل مساحت زمین بیمارستان ۲۹،۵۰۰ مترمربع.
- زیربنای بیمارستان ۱۶،۵۰۰ مترمربع.
- تعداد تخت بیمارستانی ۲۴۰ عدد
- بخش داخلی دارای ۵۲ تخت.
- بخش جراحی دارای ۳۴ تخت.
- بخش عفونی و رویی دارای ۴۴ تخت.
- بخش ازولوژی دارای ۳۵ تخت.
- بخش کلیه و دیالیز دارای ۴۰ تخت.
- بخش پوست دارای ۲۰ تخت.
- بخش اورژانس دارای ۱۵ تخت.
- تعداد پزشک: ۳۳ نفر (پزشک متخصص و عضو هیئت علمی ۳۰ نفر، پزشک عمومی ۳ نفر).
- تعداد کارمند: ۳۳۸ نفر (۱۲۶ مرد و ۲۱۲ زن).

همچنین این بیمارستان آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه، درمانگاه‌های تخصصی و اورژانس؛ بخش‌های سونوگرافی، اندوسکوپی و اسپیرومتری دارد. به علاوه، «مرکز مبارزه با بیماری‌های ریوی استان گیلان» در محوطه بیمارستان رازی استقرار یافته است.

بخش دیالیز و سنگ‌شکن: بیمارستان رازی همچنین دارای ۱۲ دستگاه

بخش جراحی ترمیمی ۳۶ تخت (۳۰ درصد تخت‌های بیمارستان)،
بخش قلب و عروق ۵۲ تخت (۴۳ درصد تخت‌های بیمارستان)،
بخش اورژانس ۴ تخت (۳ درصد تخت‌های بیمارستان)،
در حال حاضر (سال ۱۳۷۳) دارای ۱۸۰ تخت بیمارستانی، ۲۱ پزشک متخصص، ۲ پزشک عمومی و ۲۵۷ کارمند (۱۰۷ مرد و ۱۵۰ زن) است. به علاوه بیمارستان مزبور دارای بخش‌های تشخیص طبی آزمایشگاه و رادیولوژی، و درمانگاه و داروخانه است.

آنژیوگرافی:^{۵۲} خرید و نصب و راه‌اندازی دستگاه تشخیص پزشکی آنژیوگرافی در بیمارستان دکتر حشمت رشت را بایستی به عنوان رویداد پزشکی استان گیلان ثبت کرد. پیش از آن بیماران نیازمند مجبور بودند برای آنژیوگرافی (عکس‌برداری از رگ‌های خونی به وسیله اشعه رونتگن) به تهران رفته بعد از تحمل سرگردانی و عذاب مدتی در نوبت بمانند.

۵۳. مانیتور monitor دستگاهی است که برای مراقبت مستمر فشار خون، ضربان نبض یا تعداد تنفس مورد استفاده قرار می‌گیرد. در مجموع می‌توان گفت با این دستگاه حالات یا پدیده‌های معینی تحت مراقبت و کنترل قرار می‌گیرند.

۵۲. دستگاه آنژیوگرافی angiography، توسط این دستگاه از رگ‌های خونی با استفاده از اشعه رونتگن عکس‌برداری می‌شود. دستگاه مزبور علاوه بر استفاده تشخیص پزشکی در امر درمان نیز کاربرد دارد.

لازم به ذکر است در میث مبارزه با سل نیز بیمارستان روی رازی مفضلاً مورد بحث قرار داده شده است.

مرکز آموزشی و درمانی زایشگاه رشت

این مرکز در سال ۱۳۵۴ تأسیس شده و در حال حاضر (۱۳۷۳) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان است. مساحت آن ۱۵,۰۰۰ مترمربع وزیر بنایش ۱۵,۳۳۱ مترمربع و دارای ۴۰۰ تخت بیمارستانی (مادران ۲۲۰ تخت و نوزادان ۱۸۰ تخت) است. مرکز آموزشی و درمانی زایشگاه رشت با بهره‌گیری از ۲۳ پزشک متخصص و ۲ پزشک عمومی و همچنین ۵۴۵ کارمند (۱۲۰ مرد و ۴۲۵ زن) به طور شبانه‌روزی به انجام زایمان و پذیرش و درمان بیماران مبتلا به بیماریهای زنان و زایمان استان گیلان و استانهای مجاور اشتغال دارد و تنها مرکز تخصصی این رشته در منطقه نیز به شمار می‌آید. این مرکز دارای درمانگاههای تخصصی، واحد بهداشت و تنظیم خانواده؛ بخشهای تشخیص طبی آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی، آزمایشگاه پاتولوژی؛ بخش «آی. سی. یو» (I. C. U) و مهدکودک است.

زایشگاه فامیلی رشت

زایشگاه فامیلی رشت که در سال ۱۳۴۷ شروع به کار کرده و وابسته به بخش خصوصی و دارای ۱۲ تختخواب است. این زایشگاه جمعاً ۲۳ نفر پرسنل شامل ۳ پزشک، ۹ پیراپزشک و ۱۱ نفر پرسنل اداری و مسالی و خدماتی دارد. علاوه بر آنها، سایر پزشکان و پیراپزشکان نیز به صورت خرید خدمت در زایشگاه مذکور خدمات پزشکی ارائه می‌دهند.

مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی میرزا کوچک (بیمارستان میرزا کوچک)

ساختمان این بیمارستان در سال ۱۳۴۴ به نام آموزشگاه بهاری بنا گردید. در شهریور ماه ۱۳۵۹ تبدیل به یک بیمارستان روانپزشکی شد و از سال ۱۳۷۲ واحد آموزشی بیمارستان با ۱۶ اتاق و ۸۰۰ مترمربع زیربنا به آن اضافه گردید.

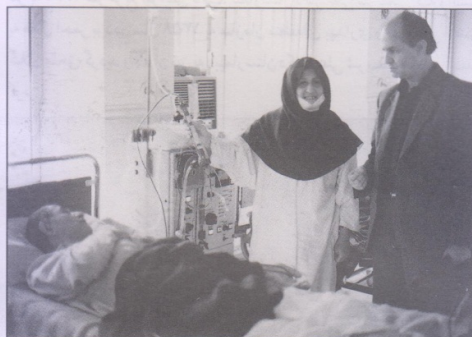
در سال ۱۳۷۳، این مرکز که وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان است در زمینی به مساحت ۷۵۰۰ مترمربع و زیربنای ۵۰۵۰ مترمربع با ۱۲۰ تخت مشغول فعالیت می‌باشد، لیکن به علت ازدحام بیماران و نبودن بیمارستان مشابه در استان گیلان، غالباً تعداد بیماران بستری آن تا ۱۶۰ بیمار نیز افزایش می‌یابد. لازم به ذکر است بنای ساختمان دیگری برای نگهداری از بیماران روانی مزمن طی سالهای گذشته شروع شده و انتظار می‌رود تا سال ۱۳۷۴ آماده بهره‌برداری گردد.

بیمارستان هفده شهریور

این بیمارستان در سال ۱۳۵۳ به عنوان بیمارستان بهداری کل راههای استان گیلان تأسیس گردید و در سال ۱۳۵۶ به سازمان منطقه‌ای بهداری و بهزیستی استان گیلان تحویل و در سال ۱۳۶۰ به بیمارستان تخصصی کودکان



بیمارستان رازی رشت در سال ۱۳۷۱.



بخش دیالیز بیمارستان رازی رشت. نام سابق این بخش دیالیز

دیالیز (کلیه مصنوعی) است که بیماران کلیوی را به طور مرتب مورد مراقبت و درمان قرار داده است. در سالهای اخیر با استفاده از دستگاهی که سنگ‌شکن کلیه نام دارد عمل جراحی برای خارج کردن سنگ کلیه در بسیاری از موارد منسوخ شده است. دستگاه سنگ‌شکن، سنگهای داخل کلیه بیمار را خرد می‌کند و به طور طبیعی از بدن خارج می‌سازد. همچنین به دلیل بی‌درد بودن درمان، نیازی به مراقبت و آمادگی قبلی، بی‌حسی موضعی یا استفاده قبلی از دارو وجود ندارد. دستگاه سنگ‌شکن کلیه تاکنون در استان گیلان وجود نداشت و نیازمندان مجبور بودند برای معالجه به تهران مراجعه نمایند. خوشبختانه خرید و نصب و راه‌اندازی نخستین دستگاه سنگ‌شکن کلیه و مجاری ادرار رازی رشت نویددهنده دگرگونی بنیادی در درمان بیماران مبتلا به سنگهای کلیوی در استان گیلان است.

۵۴. از دستگاه دیالیز Dialyzer، که نام فارسی آن «کلیه مصنوعی» است در مورد بیمارانی که دچار اختلالات کلیوی هستند برای خارج کردن موادی از خون (که از راه ادرار دفع نشده‌اند) استفاده می‌شود.

بیمارستان عمومی با ۶۴ تخت بیمارستانی مشغول فعالیت است و دارای بخشهای تشخیص طبی آزمایشگاه، رادیولوژی و سونوگرافی و همچنین درمانگاه و داروخانه می باشد. از کل تختهای بیمارستان ۵۰ تخت به بخش جراحی و ۱۴ تخت به بخش زنان و زایمان اختصاص دارد. به علاوه، در این بیمارستان ۱۳۰ کارمند (۶۲ مرد و ۶۸ زن) و ۳ پزشک متخصص فعالیت دارند.

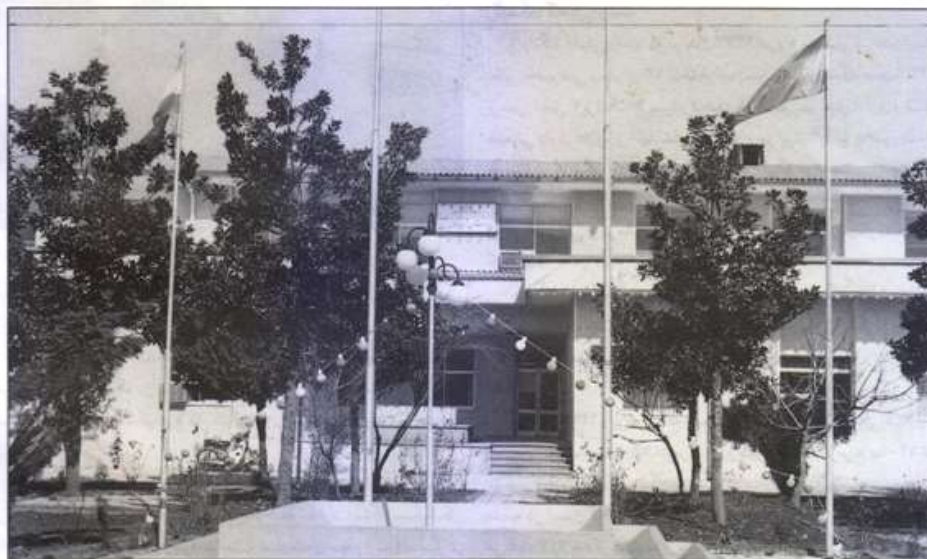
بیمارستان دکتر علی شریعتی آستارا

واحد درمانی مزبور در سال ۱۳۰۸ شمسی به نام «بیمارستان شاهپور» تأسیس گردید و در زمینی به مساحت ۴۱۵۸ متر مربع در طبقه ۱ با ۹۳۲ متر مربع زیربنا شروع به فعالیت نمود. در سال ۱۳۵۴ و ۱۳۵۵ فضای فیزیکی بیمارستان توسعه داده شد و ساختمان آن به ۲ طبقه تبدیل گردید و زیربنای آن نیز به ۱۳۳۲ متر مربع افزایش یافت. بیمارستان دکتر علی شریعتی که وابسته به هلال احمر بود در سال ۱۳۵۸ به سازمان منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی استان گیلان ملحق گردید و نام آن نیز به «بیمارستان دکتر علی شریعتی» تغییر پیدا کرد.

تبدیل شد. هم‌اکنون (سال ۱۳۷۳) به عنوان یک مرکز تخصصی آموزشی و درمانی کودکان ۱۷۰ تختخوابی در زمینی به مساحت ۱۰،۳۷۱ مترمربع و زیربنای ۴۵۵۰ مترمربع وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان مشغول فعالیت است. مرکز آموزشی و درمانی هفده شهریور رشت دارای درمانگاه تخصصی اطفال، رادیولوژی، سونوگرافی، داروخانه و آزمایشگاه و ۵ بخش درمانی: گانستر و آنتریت، عفونی، عمومی، تالاسمی و اورژانس نوزادان ایکتری است. مجموعاً ۲۷۸ کارمند (۹۲ مرد و ۱۸۶ زن) در این مرکز به خدمت اشتغال دارند. تعداد ۱۲ پزشک متخصص (۸ پزشک متخصص عضو هیئت علمی و ۴ پزشک متخصص غیر هیئت علمی) و ۱ پزشک عمومی در آن فعالیت دارند. همچنین ۱۱۰ نفر رزیدنت و انترن در این مرکز آموزشی درمانی مشغول تحصیل پزشکی هستند.

بیمارستان دکتر بهشتی آستارا

در سال ۱۳۵۲، بنای ساختمان امداد پهلوی در زمینی به مساحت ۷۱۲۰ مترمربع آغاز گردید. در سال ۱۳۵۴ ساختمان بیمارستان با زیربنای ۲۴۴۴



نمای بیمارستان شهید دکتر بهشتی آستارا.

این بیمارستان که وابسته به شبکه بهداشت و درمان آستارایم باشد به استناد آمار و اطلاعات سال ۱۳۷۳، دارای ۶۵ تخت بیمارستانی در بخشهای درمانی داخلی و اطفال و نوزادان است. بیمارستان مجموعاً ۶ پزشک (۲ پزشک متخصص و ۴ پزشک عمومی) و ۱۱۵ کارمند (۵۴ مرد و ۶۱ زن) دارد. همچنین بیمارستان دارای درمانگاه شبانه‌روزی، داروخانه و بخشهای تشخیص طبی آزمایشگاه و رادیولوژی است.

مترمربع به اتمام رسید و با بخشهای درمانی گوش و حلق و بینی، زنان و زایمان، ارتوپدی، چشم و اورژانس شروع به فعالیت نمود. سپس در سال ۱۳۵۸ به سازمان منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی استان گیلان واگذار گردید. بیمارستان مزبور که بعد از انقلاب اسلامی «بیمارستان دکتر محمدمصدق» نامگذاری شده بود به نام «بیمارستان دکتر بهشتی» تغییر نام یافت. بیمارستان دکتر بهشتی وابسته به شبکه بهداشت و درمان آستارا به عنوان

بیمارستان و زایشگاه کوثر آستانه اصفیه

بنای بیمارستان و زایشگاه ۱۰۰ تختخوابی کوثر در سال ۱۳۶۱ به همت هیئت امنای بقعه حضرت سیدجلال الدین اشرف از محل ثنورات در زمینی به مساحت ۲۲۵۰۰ مترمربع با نظارت اداره کتل اوقاف و امور خیریه استان گلان آغاز گردید. ساختمان بیمارستان با زیر بنای ۲۲۵۰ مترمربع در سال ۱۳۶۶ پایان یافت و در همان تاریخ توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسماً افتتاح و مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

این بیمارستان و زایشگاه وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان آستانه اصفیه می‌باشد و دارای درمانگاه شبانه‌روزی، آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه، واحد بهداشت و نظیه خانواده و همچنین بخشهای زنان و زایمان، کودکان و نوزادان است. به علاوه، بر طبق آمار سال ۱۳۷۳، دو پزشک متخصص، ۳ پزشک عمومی و ۱۷۷ نفر کارمند (۵۸ مرد و ۱۱۹ زن) دارد.

بیمارستان دکتر بهشتی بندر انزلی

در سال ۱۳۱۵ شمسی بیمارستانی به نام «مؤسسه بلديه» در بندر انزلی تأسیس گردید که هزینه‌های آن توسط مردم تأمین و به صورت مسلی اداره

بیمارستان ۱۱۰۰۷۴ متر مربع و زیربنای آن ۶۹۰۰ متر مربع است. در حال حاضر (۱۳۷۳)، بیمارستان مزبور دارای ۱۷۲ تخت بیمارستانی است (قبل از انقلاب اسلامی دارای ۷۵ تخت بیمارستانی بود). لازم به ذکر است که نام بیمارستان قبل از انقلاب اسلامی «بیمارستان محمدرضا شاه» بود. پس از انقلاب اسلامی ابتدا به بیمارستان دکتر محمد مصدق و بعد به شاه «بیمارستان دکتر بهشتی» تغییر نام یافت.

بیمارستان دکتر بهشتی بندر انزلی در مجموع ۵ درصد تختهای استان گلان را در خود جای داده و تنها بیمارستان شهرستان بندر انزلی به‌شمار می‌آید. این بیمارستان دارای بخشهای تشخیص طبی آزمایشگاه و رادیولوژی و سونوگرافی است. به علاوه، ۱ واحد رادیولوژی دیگر نیز در حال راه‌اندازی است که به همین زودی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. همچنین بیمارستان مزبور داروخانه، درمانگاه تخصصی و اورژانس شبانه‌روزی دارد. درمانگاه شبانه‌روزی آن از ۸ صبح الی ۸ صبح روز بعد و ایام تعطیل با ایجاد هماهنگی پاسخگوی نیازهای درمانی بیماران مجوده بندر انزلی و خارج از آن می‌باشد. بخش اورژانس ۱۵ تختخوابی با آزمایشگاه، اطلاق عمل سرپایی و دیگر تسهیلات درمانی مورد نیاز در محوطه بیمارستان در حال احداث است که در



نامی بیمارستان دکتر شریعتی آستارا.

آینده نزدیک به بهره‌برداری خواهد رسید. بخش «سی. سی. یو.» بیمارستان دکتر بهشتی در سال ۱۳۷۰ با نصب ۶ دستگاه ساتراتال مانتیورینگ ۸ کاناله (۸ مانتیور) راه‌اندازی شده و مشغول فعالیت می‌باشد.

امکانات درمانی و پرستاری بیمارستان مزبور عبارتند از بخشهای درمانی شامل: ارتوپدی، چشم، ارتولوژی، گوش و حلق و بینی، جراحی عمومی، زنان و زایمان، داخلی و اطفال، ۱۸ پزشک متخصص، ۶ پزشک عمومی و ۳۲۵ نفر

می‌شود. حدود سال ۱۳۲۲ به همت دکتر فریدون کشاورز نماینده مردم انزلی در مجلس شورای ملی ترتیب احداث یک بیمارستان در بندر انزلی داده شد. ساختمان بیمارستان در سال ۱۳۲۸ به اتمام رسید و با ۵۰ تخت بیمارستانی شروع به کار کرد. در سال ۱۳۵۱، این بیمارستان به جمعیت شیر و خورشید سرخ بندر بهلوی (بندر انزلی) تحویل گردید و جمعیت مذکور نسبت به تعمیرات اساسی و تغییرات و گسترش فضاهای درمانی آن اقدام نمود. مساحت

کارمند (۱۱۱ مرد و ۲۱۴ زن).

بیمارستان دکتر طاهری تالش

بیمارستان دکتر طاهری وابسته به بخش خصوصی است و در سال ۱۳۶۸ با ۶۴ تخت بیمارستانی تأسیس شد. بخشها و پرسنل آن به شرح زیر است:

بخش جراحی ۲۰ تخت،
بخش زنان و زایمان ۲۶ تخت،
بخش اطفال ۱۸ تخت،
پرسنل بیمارستان ۱۴ نفر، اداری و مالی و خدماتی ۸ نفر،
پزشک ۱ نفر، پیراپزشک ۵ نفر.

بیمارستان شهید نورانی تالش

در ۲۱ فروردین ماه ۱۳۵۱ در قطعه زمینی به مساحت ۷۷۰۰ متر مربع کیه توسط شیر و خورشید سرخ تالش خریداری شده بود ساختمان ۱ بیمارستان ۵۰ تختخوابی با فضاهای لازم درمانی آغاز گردید. در فروردین مصاد سال ۱۳۵۴ ساختمان بیمارستان در ۲ طبقه با زیربنای ۴۰۰۰ مترمربع به پایان رسید و در مهرماه همان سال پس از تجهیز، مورد بهره‌برداری قرار گرفت. همزمان ۴ واحد خانه سازمانی پزشک و مجتمع خوابگاه پرستاری برای سکونت پزشکان و کادر پرستاری نیز ساخته و آماده استفاده شد. بعد از انقلاب اسلامی این بیمارستان از هلال احمر متفک و به سازمان منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی استان گیلان ملحق گردید و هم‌اکنون (۱۳۷۳) وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان تالش است.

با توجه به کثرت بیماران مراجعه‌کننده و محدودیت فضاهای درمانی، تعداد تختهای بیمارستان از ۵۰ تخت به ۹۷ تخت افزایش داده شد. ضمناً ۱ ساختمان ۲ طبقه نیز در محوطه بیمارستان برای انجام امور اداری و مالی و خدماتی ساخته شده تا بدینوسیله ساختمان قبلی منحصراً به امور درمان اختصاص یابد. با افتتاح بخش دیالیز، طبقه اول ساختمان مزبور به آن بخش اختصاص داده شد. با این حال فضای فیزیکی و بخشهای تشخیصی و درمانی بیمارستان که متناسب با جمعیت گذشته ساخته شده در حال حاضر (۱۳۷۳) هیچگونه تناسبی با رشد فزاینده جمعیت ندارد و جوابگوی جمعیت منطقه طالش نمی‌باشد.

اطلاعات عمده مربوط به بخشها و پرسنل بیمارستان شهید نورانی در سال ۱۳۶۹ به شرح زیر بود.

- بخش داخلی ۱۴ تخت (۱۴ درصد تختهای بیمارستان).
- بخش جراحی ۳۳ تخت (۳۴ درصد تختهای بیمارستان).
- بخش زنان و زایمان ۲۴ تخت (۲۵ درصد تختهای بیمارستان).
- بخش اطفال ۲۰ تخت (۲۱ درصد تختهای بیمارستان).
- بخش اورژانس ۴ تخت (۴ درصد تختهای بیمارستان).
- بخش دیالیز ۲ تخت (۲ درصد تختهای بیمارستان).
- پزشک ۴ نفر (۵ درصد پرسنل بیمارستان).
- پیراپزشک ۲۵ نفر (۵۴ درصد پرسنل بیمارستان).

اداری و مالی و خدماتی ۲۴ نفر (۴۱ درصد پرسنل بیمارستان).
به استناد آمار و اطلاعات سال ۱۳۷۳، امکانات درمانی و پرسنلی بیمارستان شهید نورانی به شرح زیر است.

تعداد تخت ۹۴ عدد.
بخشهای درمانی شامل: داخلی، جراحی، ارتوپدی، زنان و زایمان، اطفال و نوزادان، دیالیز و اورژانس.
تعداد پزشک ۹ نفر (۷ پزشک متخصص و ۲ پزشک عمومی).
تعداد کارکنان ۱۶۴ نفر (۷۰ مرد و ۹۴ زن).

همچنین بیمارستان مزبور دارای درمانگاه شبانه‌روزی، داروخانه، آزمایشگاه و رادیولوژی است. لازم به ذکر است در سال ۱۳۷۰ به دستگاههای موجود دیالیز بیمارستان ۴ دستگاه نیز اضافه شد و جمعاً به ۶ دستگاه رسید این بخش هم‌اکنون (۱۳۷۳) نزدیک به ۱۰۰۰ بیمار کلیوی را زیر پوشش مراقبتی و درمانی دارد.

بیمارستان ولی عصر رودبار

بیمارستان ولی عصر در ۲۲ بهمن سال ۱۳۳۶ با گنجایش ۱۲۰ تخت بیمارستانی و بخشهای جراحی، زنان و زایمان، اطفال، داخلی و نیز درمانگاه شبانه‌روزی، اورژانس، داروخانه، آزمایشگاه و رادیولوژی مورد بهره‌برداری قرار گرفت. متأسفانه بیمارستان مزبور در زلزله خردادماه ۱۳۶۹ به کلی از بین رفت و به کارکنان آن صدمات جانی فراوان وارد آمد. پس از وقوع زلزله پزشکان و عوامل اجرایی در چادرها و گناتکها به مداوای مجروحین و بیماران پرداختند.

درمان مجروحین، مصدومین و بیماران به همین ترتیب ادامه داشت تا در آبان ماه همان سال بیمارستان پیش‌ساخته اهدائی دولت آلمان توسط مسئولین اداره ساختمان سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان ظرف مدت ۴ ماه در ولی آباد رودبار نصب و راه‌اندازی شد. به طوری که هنگام سازید نگارنده در آبان ماه سال ۱۳۷۱، بیمارستان پیش‌ساخته مزبور با ۶۰ تخت بیمارستانی و بخشهای داخلی، جراحی، زنان و زایمان، اطفال، درمانگاه شبانه‌روزی، داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی، دستگاه تصفیه فاضلاب بهداشتی و زیابالموسز مشغول فعالیت بود. کل زمین بیمارستان ۷۰۰۰ مترمربع و زیربنای آن ۳۵۰۰ مترمربع است.

به استناد آمار و اطلاعات سال ۱۳۷۳ در بیمارستان مزبور ۱۰ پزشک (۴ پزشک متخصص و ۶ پزشک عمومی) و ۱۷۲ نفر کارمند (۸۹ مرد و ۸۳ زن) به کار اشتغال دارند.

بیمارستان دکتر حشمت رودسر

بیماران دکتر حشمت که در سال ۱۳۱۸ شمسی تأسیس شده وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان رودسر است. این بیمارستان در آغاز با یک بخش داخلی شروع به فعالیت کرد و وابسته به شیر و خورشید سرخ بود مساحت بیمارستان ۶۵۰۰ مترمربع و زیربنای آن ۴۸۲۶ مترمربع می‌باشد و وضع تختها در بخشها و امکانات پرسنلی بیمارستان در سال ۱۳۶۹ به

شرح زیر بود.

بخش داخلی ۲۸ تخت (۲۵ درصد تختهای بیمارستان).
بخش جراحی ۲۱ تخت (۳۶ درصد تختهای بیمارستان).
بخش زنان و زایمان ۲۲ تخت (۱۹ درصد تختهای بیمارستان).
بخش اطفال ۲۳ تخت (۲۰ درصد تختهای بیمارستان).
پرستل ۱۷۹ نفر (۴ درصد پرستل بیمارستانهای گیلان).
پزشک ۳ نفر (۲ درصد پرستل بیمارستان).
پیراپزشک ۸۲ نفر (۴۶ درصد پرستل بیمارستان).
اداری و مالی و خدماتی ۹۴ نفر (۵۲ درصد پرستل بیمارستان).
به استناد آمار و اطلاعات سال ۱۳۷۳، بیمارستان دگتر حشمت امکانات درمانی و پرستلی زیر را دارد:

تعداد تخت ۱۱۴ عدد.
تعداد پزشک ۱۰ نفر (۳ پزشک متخصص و ۷ پزشک عمومی).
تعداد کارکنان ۲۰۲ نفر (۸۹ مرد و ۱۱۳ زن).
همچنین بیمارستان دارای بخشهای تشخیص طبی آزمایشگاه و رادیولوژی، درمانگاه شبانه‌روزی، داروخانه و زیاله‌سوز بهداشتی است.

بیمارستان امام خمینی صومعه‌سرا

صومعه‌سرا در سال ۱۳۳۵ دارای ۱ بیمارستان ۱۲ تختخوابی بود که بعدها تعطیل گردید. در سال ۱۳۵۷، کار احداث بیمارستان جدیدی به نام «بیمارستان امام خمینی» در زمینی به مساحت ۲۰۰۰۰ مترمربع شروع شد و در سال ۱۳۶۳ با زیربنای ۶۰۰۰ مترمربع و به ظرفیت ۱۰۰ تخت پایان یافت و مورد بهره‌برداری قرار گرفت.
در سال ۱۳۷۳، آمار و اطلاعات عمده درمانی و پرستلی بیمارستان امام خمینی وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان صومعه‌سرا به شرح زیر می‌باشد:

بخش جراحی ۲۵ تخت.
بخش داخلی ۲۵ تخت.
بخش زنان و زایمان ۲۵ تخت.
بخش اطفال و نوزادان ۲۵ تخت.
تعداد پزشک ۹ نفر (۵ پزشک متخصص و ۴ پزشک عمومی).
تعداد کارمند ۱۹۲ نفر (۱۰۰ مرد و ۹۲ زن).

بیمارستان مزبور دارای درمانگاه شبانه‌روزی، داروخانه و بخشهای تشخیص طبی آزمایشگاه و رادیولوژی است. همچنین به زیاله‌سوز و تصفیه فاضلاب بهداشتی مجهز می‌باشد.

بیمارستان شهید مطهری فومن

پیش از این در فومن ۲ بیمارستان دایر بود: ۱- بیمارستان شهید مطهری با ۵۱ تخت بیمارستانی (بخش داخلی ۲۵ تخت و بخش اطفال ۲۶ تخت) - ۲- بیمارستان شهید مفتاح با ۲۵ تخت بیمارستانی (بخش داخلی ۴۰ تخت و بخش زنان ۵ تخت). سپس هر ۲ بیمارستان که در کنار هم قرار داشتند در یکدیگر

ادغام گردیدند و «بیمارستان شهید مطهری» نامیده شد.

بر طبق آمار و اطلاعات سال ۱۳۷۳، وسعت بیمارستان ۷۹۴۹/۹ مترمربع، زیربنای آن ۵۲۲۶ مترمربع است و ۸۵ تخت بیمارستانی دارد که در بخشهای جراحی، زنان و زایمان، اطفال و داخلی متمرکز شده‌اند. همچنین بیمارستان شهید مطهری دارای بخشهای تشخیص طبی آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه و درمانگاه شبانه‌روزی است. به علاوه، بیمارستان مزبور ۱۴۴ کارمند (۶۰ مرد و ۸۴ زن) و ۴ پزشک (۱ پزشک متخصص و ۳ پزشک عمومی) دارد.

بیمارستان شهید انصاری لاهیجان

بنای این بیمارستان در سال ۱۳۴۷ در زمینی به مساحت ۲ هکتار و پسا زیربنای ۲۵۰۰ مترمربع در بایزکیاگوراب لاهیجان توسط احمد قسوام آغاز گردید و در مهرماه سال ۱۳۵۰ با ۴۰ تخت بیمارستانی مورد بهره‌برداری قرار گرفت. در همان زمان حدود ۵ هکتار دیگر زمین خریداری و به زمینهای موجود افزوده شد و تمامی زمین و بیمارستان توسط ایشان وقف سازمان شاهنشاهی و خدمات اجتماعی گردید و سرانجام در سال ۱۳۵۸ در زمره بیمارستانهای سازمان منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی استان گیلان درآمد. بیمارستان شهید انصاری طبق آمار سال ۱۳۶۹ دارای ۵۵ تخت، درمانگاه شبانه‌روزی، داروخانه، آزمایشگاه و بخش رادیولوژی بوده است. بخشهای درمانی و پرستل آن نیز به شرح زیر بود.

بخش ارولوژی ۱۹ تخت (۳۴/۵ درصد تختهای بیمارستان).
بخش ارتوپدی ۱۷ تخت (۳۱ درصد تختهای بیمارستان).
بخش چشم ۱۹ تخت (۳۴/۵ درصد تختهای بیمارستان).
نست کل تخت ۲۰ تخت ۲ درصد تختهای استان گیلان.
پرستل ۱۰۲ نفر (حدود ۲ درصد پرستل بیمارستانهای گیلان).
پزشک ۶ نفر (۶ درصد پرستل بیمارستان).
پیراپزشک ۴۹ نفر (۲۸ درصد پرستل بیمارستان).
اداری و مالی و خدمات ۲۷ نفر (۴۶ درصد پرستل بیمارستان).
در حال حاضر (۱۳۷۳) بیمارستان دارای ۶۹ تخت، ۵ پزشک متخصص، ۴ پزشک عمومی و ۲۵۶ کارمند (۱۲۵ مسرد و ۱۳۱ زن) است. همچنین بخشهای درمانی آن عبارتند از: ارتوپدی، ارولوژی، چشم، گوش و حلق و بینی و دیالیز است.

بیمارستان ۲۲ آبان لاهیجان

بیمارستان ۲۲ آبان که از سال ۱۳۲۷ شروع به کار کرده، وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان لاهیجان است و دارای ۱۶۵ تخت بیمارستانی می‌باشد. ساختمان قدیمی بیمارستان که با افزایش جمعیت جوابگوی نیازهای شهر نبود تخریب گردید و ساختمان جدید بیمارستان پس از بنای آن از آبان‌ماه ۱۳۵۱ مورد استفاده قرار گرفت. مساحت زمین بیمارستان ۲۷.۷۲۰ مترمربع و زیربنای آن ۲۵۲۲ مترمربع است.

در سال ۱۳۶۹ بیمارستان دارای ۴ بخش درمانی به شرح زیر بود: بخش داخلی ۳۵ تخت (۲۱ درصد تختهای بیمارستان).



نمای بیمارستان ۲۲ آبان شهرستان لاهیجان.

شد. برابر اطلاع رسمی مقامات بهداشت و درمان گیلان، در برنامه دوم ساخت ۱ بیمارستان ۶۴ تختخوابی برای شهر سیاهکل در نظر گرفته شده است.

بیمارستان امینی لنگرود

این واحد درمانی وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان لنگرود است. ساختمان بیمارستان در سال ۱۳۳۹ به همت فرد خیری به نام علی امینی شروع گردید و در سال ۱۳۴۴ به اتمام رسید و تحت نظر شیر و خورشید سرخ مورد بهره برداری قرار گرفت. سرانجام در سال ۱۳۵۸ به سازمان منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی استان گیلان واگذار گردید. مساحت بیمارستان ۱۰،۰۰۰ مترمربع و زیر بنای آن ۳۰۰۰ مترمربع است.

بیمارستان امینی در سال ۱۳۶۹ دارای ۷۶ تخت بیمارستانی (۶۳ تخت فعال و ۱۳ تخت غیرفعال) بود که حدود ۳ درصد کل تختهای بیمارستانی استان گیلان می‌باشد. بخشهای درمانی و امکانات پرستاری آن نیز از استقرار بودند:

- بخش جراحی ۲۸ تخت (۳۷ درصد تختهای بیمارستان).
- بخش زنان و زایمان ۳۳ تخت (۴۳ درصد تختهای بیمارستان).
- بخش اطفال ۱۵ تخت (۲۰ درصد تختهای بیمارستان).
- پرستل ۱۶۵ نفر (۴ درصد پرستل بیمارستانهای گیلان).
- پزشک ۲ نفر (حدود ۱/۲ درصد پرستل بیمارستان).
- پیراپزشک ۹۸ نفر (۵۹/۴ درصد پرستل بیمارستان).

بخش جراحی ۳۰ تخت (۱۸ درصد تختهای بیمارستان).

بخش اطفال ۶۴ تخت (۳۹ درصد تختهای بیمارستان).

بخش زنان و زایمان ۳۰ تخت (۱۸ درصد تختهای بیمارستان).

بخش سی. سی. یو ۶ تخت (۴ درصد تختهای بیمارستان).

در حال حاضر (سال ۱۳۷۳)، بیمارستان دارای بخش مراقبتهای ویژه قلب (C.C.U) یا ۸ دستگاه مساینیتورینگ و خدمات «پست سی. سی. یو» (post C.C.U)، رادیولوژی، آزمایشگاه، داروخانه، واحد بهداشت و تنظیم خانواده، و درمانگاه شبانه‌روزی است. همچنین ۱۳ پزشک مستخصص، ۷ پزشک عمومی و ۲۵۶ کارمند (۱۲۵ مرد و ۱۳۱ زن) دارد.

به علاوه، یک پلی کلینیک تخصصی با ۸۵۰ متر زیربنا در حال احداث است که ۷۰ درصد کارهای ساختمانی آن به پایان رسیده و انتظار می‌رود بزودی مورد بهره‌برداری قرار گیرد.

زایشگاه سیاهکل

در سال ۱۳۷۱ در کنار مرکز بهداشتی و درمانی شهری شماره ۱ شهر سیاهکل ۱ بخش زایمان تأسیس گردید. ساختمان این زایشگاه توسط سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان انجام شد و خوابگاه آن با خودباری مردم سیاهکل آماده بهره‌برداری گردید. گفتمانی است در سال ۱۳۳۵ یک بیمارستان ۲۰ تختخوابی در شهر مزبور وجود داشت لیکن مدتی بعد تعطیل

پایگاه منطقه‌ای انتقال خون رشت

تأمین خون برای بیماران نیازمند و انجام کلیه آزمایشهای لازم از نظر بیماریهایی که از راه خون منتقل می‌شود وظیفه اساسی پایگاه منطقه‌ای انتقال خون رشت را تشکیل می‌دهد. تا قبل از سال ۱۳۳۹ در منطقه گیلان، مرکزی جهت انجام امور مزبور وجود نداشت و انتقال خون (ترانسفوزیون)^{۵۵} به افراد نیازمند از طریق عده‌ای دلال و واسطه با معرفی افسراد خسون دهنده انجام می‌گردید؛ تنها بیمارستان آمریکائی رشت در آن زمان گشگاه این کار را بسا روش بسیار قدیمی انجام می‌داد. بدین ترتیب که از دهنده (گروه خونی) خون تازه را گرفته با ماده انعقادی (سیررات دوسود) مخلوط می‌نمودند و بلافاصله به گیرنده (بیمار) تزریق می‌کردند.

در سال ۱۳۳۹ به همت دکتر علی فروچی رئیس وقت بخش ۲ جراحی بیمارستان پورسینای رشت و بسا کمک و مساعدت جمعیت شیر و خورشید سرخ گیلان مرکز انتقال خون رشت تأسیس شد. در سال ۱۳۶۴ پایگاه منطقه‌ای انتقال خون رشت وابسته به سازمان انتقال خون ایران گسردید و هم‌اکنون (سال ۱۳۷۳) با ۳ پایگاه انتقال خون مستقر در شهرستانهای زیر و پایگاههای بیمارستانی مشغول ادامه فعالیت می‌باشد:

- ۱ - پایگاه انتقال خون بندر انزلی (سال تأسیس ۱۳۶۲).
- ۲ - پایگاه انتقال خون لاهیجان (سال تأسیس ۱۳۶۲).
- ۳ - پایگاه انتقال خون رودسر (سال تأسیس ۱۳۶۲).

پایگاههای انتقال خون استان گیلان، در سال ۱۳۷۱ بیش از ۲۷۰۰۰۰ کیسه خون کامل از گروههای خونی مختلف جمع‌آوری نموده است. بیشترین گروه خونی تولید شده متعلق به AB (۶۲ درصد) و کمترین آن AB (۰/۶ درصد) است. آمار تولید و توزیع خون در پایگاههای بیمارستانی استان گیلان و فرآورده‌های خسونی تولیدی بر حسب گروههای خونی نشان دهنده پیشرفت درمانی در این زمینه است.^{۵۶}

وضع عمومی بیمارستانها و درمان در گیلان

بر اساس آمارهای رسمی، استان گیلان در سال ۱۳۳۸ با ۱،۱۱۰،۰۰۰ نفر جمعیت جمعا ۲۰ بیمارستان و زایشگاه با ۵۹۵ تخت بیمارستانی داشته است. بدین ترتیب در سال مزبور به هر ۱۹۰۰ گیلانی ۱ تخت بیمارستانی می‌رسید. همین طور توزیع بیمارستانها و تخت آنها در شهرستانها به شرح زیر بود: بندر انزلی ۱ بیمارستان با ۷۵ تخت (۱ تخت برای ۷۰۰ نفر). رشت ۱۱ بیمارستان با ۳۵۹ تخت (۱ تخت برای ۱۰۰۰ نفر). فومنات (شامل فومن و صومعه‌سرا) ۲ بیمارستان با ۲۴ تخت (۱ تخت برای ۷۶۰۰ نفر). لاهیجان ۵ بیمارستان با ۱۱۲ تخت (۱ تخت برای ۲۰۰۰ نفر). هشتر طوالش ۱ بیمارستان با ۲۵ تخت (۱ تخت برای ۴۰۰۰ نفر). در جدول شماره ۲۸ بیمارستانهایی که در سال ۱۳۳۸ در استان گیلان دائر بوده‌اند بر حسب سازمانهای اداره کننده ارائه شده است.

۵۵. ترانسفوزیون Transfusion عمل وارد کردن خون یا مایعات دیگر به داخل رگهای خونی است.
۵۶. آمارنامه استان گیلان، ۱۳۷۱، صمعه ۱۱۷ و ۱۱۳.

اداری و مالی و خدماتی ۶۵ نفر (۳۹/۴ درصد پرسنل بیمارستان). به استناد آمار و اطلاعات سال ۱۳۷۳، بیمارستان امینی لنگرود دارای ۷۰ تخت بیمارستانی، درمانگاه شبانه‌روزی، بخشهای تشخیص طبی آزمایشگاه و رادیولوژی، داروخانه، زباله سوز بهداشتی، ۲ پزشک متخصص، ۷ پزشک عمومی و ۱۲۲ نفر کارمند (۷۴ مرد و ۶۸ زن) است.

بیمارستان بابائی‌پور لنگرود

بیمارستان مزبور که در سال ۱۳۳۴ تأسیس شده یک بیمارستان عمومی است و وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان لنگرود می‌باشد. زمین بیمارستان در اصل متعلق به مرحوم حدادزاده نبود لیکن در سال ۱۳۱۸ شمسی جزء منطقه املاک در آمد. سپس ترتیب احداث یک مریمخانه در آن داده شد اما به علت بی‌آمدهای سوء جنگ جهانی دوم ادامه کاربنای ساختمان متوقف گردید. بعدها هشتی مشکل از شریف العلماء، بنی احمد، آسانی و بیستینماز زاده تصمیم به اتمام ساختمان بیمارستان گرفتند. از طرفی در دوره نخست‌وزیری دکتر محمد مصدق مقرر گردیده بود از فروش هر لیتر بنزین ۴ شاهی به نفع مستمندان وصول شود و برای آنها خرج گردد. این هشت حدود ۲۰،۰۰۰ تومان از محل مزبور را صرف اتمام ساختمان بیمارستان مذکور نمود. این بیمارستان در دوره گذشته بیمارستان پهلوی نامیده می‌شد و بعد از انقلاب اسلامی به «بیمارستان بابائی‌پور» تبدیل گردید. مساحت بیمارستان ۳۹۰۰ متر مربع و زیربنای آن ۸۵۳ متر مربع است.

به استناد آمار و اطلاعات سال ۱۳۷۳، بیمارستان بابائی‌پور دارای ۴۱ تخت بیمارستانی و بخشهای داخلی، نوزادان و اطفال، داروخانه، رادیولوژی، آزمایشگاه و درمانگاه شبانه‌روزی است. نیروی انسانی شاغل آن را ۲ پزشک متخصص و ۱۰۵ کارمند (۵۹ مرد و ۴۶ زن) تشکیل می‌دهند.

بخشها و درمانگاههای بیمارستانها

در مجموع بخشهای دایر در بیمارستانهای استان گیلان از ایستقرارتند: ارتوپدی، ارولوزی، اعصاب، پوست، جراحی اطفال، جراحی عروق، جراحی عمومی، جراحی مغز و اعصاب، چشم، داخلی، داخلی اطفال، داخلی ریه، داخلی گوارش، روانپزشکی، زنان و زایمان، عفونی، عمومی، قلب و عروق، گوش و حلق و بینی، مسومین، سوختگی، نفرولوژی، همانولوژی، آی. سی. یو (I.C.U.)، سی. سی. یو (C.C.U.) و بخشهای مکمل انکی پاتور، دیالیز و نوزادان. همچنین درمانگاههای وابسته به بیمارستانهای استان گیلان نیز عبارتند از: ادیومتری، ارتسودی، اعصاب، اورژانس، پوست، پوست و آمیزشی، جراحی عمومی، جراحی مغز و اعصاب، چشم‌پزشکی، داخلی، داخلی اطفال، داخلی ریه، داخلی قلب و عروق، دندانپزشکی، روانپزشکی، زنان و زایمان تخصصی، عفونی و عمومی، گوش و حلق و بینی، مسومین، نفرولوژی و نوزادان.

بخشهای تشخیص پزشکی عمده دایر در بیمارستانهای استان گیلان عبارتند از: سی. تی. اسکن، رادیولوژی، آزمایشگاه، آزمایشگاه پاتولوژی، سونوگرافی و آنژیوگرافی.

جدول شماره ۲۸ - بیمارستانها و زایشگاههای استان گیلان در سال ۱۳۳۸

ردیف	نام بیمارستان	محل	سازمان اداره کننده	تعداد تخت
۱	بیمارستان محمدرشاه پهلوی (سابق)	بندر انزلی	وزارت بهداری	۷۵
۲	بیمارستان پورسینا	رشت	وزارت بهداری	۱۲۰
۳	بیمارستان راه گیلان	رشت	وزارت راه	۸
۴	بیمارستان بیمه های اجتماعی کارگران	رشت	سازمان بیمه های اجتماعی کارگران	۳۶
۵	بیمارستان نپید رشت	رشت	وزارت جنگ	۵۰
۶	بیمارستان و زایشگاه حمایت مادران و کودکان	رشت	بنگاه حمایت مادران و کودکان	۵۵
۷	بیمارستان مسیحی رشت	رشت	میسوین مذهبی (خصوصی)	۲۳
۸	بیمارستان زاندارمیری	رشت	ژاندارمیری کل کشور	۵
۹	بیمارستان شهرانی	رشت	شهرداری کل کشور	۱۰
۱۰	بیمارستان عدل	رشت	خصوصی	۱۰
۱۱	بیمارستان حیاتیه	رشت	خصوصی	۱۰
۱۲	بیمارستان رودبار	رودبار (رشت)	وزارت بهداری	۱۱
۱۳	بیمارستان رودسر	رودسر	وزارت بهداری	۲۵
۱۴	بیمارستان سومعه سرا	سومعه سرا	وزارت بهداری	۱۲
۱۵	بیمارستان فومن	فومن	وزارت بهداری	۱۲
۱۶	بیمارستان و زایشگاه لاهیجان	لاهیجان	وزارت بهداری	۳۰
۱۷	بیمارستان لنگرود	لنگرود	وزارت بهداری	۲۵
۱۸	بیمارستان سیاهکل	سیاهکل (لاهیجان)	وزارت بهداری	۱۲
۱۹	بیمارستان آستانه اشرفیه*	آستانه (لاهیجان)	وزارت بهداری	۲۰
۲۰	بیمارستان هشیر	هشیر	وزارت بهداری	۲۵
	جمع کل استان			۵۱۵

* آستانه اشرفیه در سال ۱۳۳۸ جزء شهرستان لاهیجان بود.

در سال ۱۳۵۵ تعداد بیمارستانهای استان گیلان به ۲۳ واحد و ۲۲۵۴ تخت رسید. بر طبق این آمار و با توجه به جمعیت گیلان در سرشماری عمومی سال ۱۳۵۵ (۱,۵۸۲,۰۰۰ نفر)، سهم هر ۷۰۰ نفر از ساکنان گیلان ۱ تخت گردید. توزیع تختها از نظر سازمانهای اداره کننده و نسبت آن به کل کشور نیز به شرح زیر بود:

بیمارستانهای کشور ۵۲۵ واحد با ۵۳,۹۴۴ تخت. استان گیلان ۲۳ بیمارستان با ۲۲۵۴ تخت (۴/۲ درصد تختهای کشور). بهداری و بهزیستی ۵ بیمارستان با ۷۶۶ تخت (۳۴ درصد تختهای گیلان). شیر و خورشید سرخ ۱۲ بیمارستان با ۹۱۸ تخت (۴۱ درصد تختهای گیلان). بخش خصوصی ۴ بیمارستان با ۱۲۵ تخت (۵ درصد تختهای گیلان). سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی (سابق) ۱ بیمارستان با ۴۵ تخت (۲ درصد تختهای گیلان). در محاسبه نسبتها اعداد گرد (روند) شده است.

درصد تختهای (گیلان).

بنگاه حمایت مادران و نوزادان ۱ بیمارستان با ۴۰۰ تخت (۱۸ درصد تختهای گیلان).

به علاوه تعداد بیمارستانهای استان گیلان برحسب فعالیتهای مختلف آن بر طبق آمار ذیل بود:

بیمارستانهای عمومی ۱۵ واحد با ۱۱۹۲ تخت (۵۳ درصد تختهای گیلان). بیمارستان معنادرین ۱ واحد با ۶۰ تخت (۳ درصد تختهای گیلان). آسایشگاه معلولین ۱ واحد با ۲۷۷ تخت (۱۲ درصد تختهای گیلان). آسایشگاه مسلولین ۱ واحد با ۲۰۰ تخت (۹ درصد تختهای گیلان). زنان و زایمان ۲ واحد با ۴۱۵ تخت (۱۸ درصد تختهای گیلان). جراحی ۳ واحد با ۱۱۰ تخت (۵ درصد تختهای گیلان).

در سال ۱۳۶۹ جمعیت استان گیلان با یک روند افزایش سریع به ۲,۲۵۵,۰۰۰ نفر و همزمان تعداد مؤسسات درمانی به ۲۶ واحد و تختها به ۳۲۰۹ عدد رسید و باز هم نسبت قبلی حفظ شد، یعنی به هر ۷۰۰ نفر گیلانی یک تخت رسید. در جدول شماره ۲۹ و نمودار شماره ۴ تعداد بیمارستانها، زایشگاهها و آسایشگاههای استان گیلان بر حسب شهرستان در سال ۱۳۶۹ نشان داده شده است. جدول شماره ۳۰ نشان می دهد که ۳۶ درصد تختهای گیلان به سازمان منطقه ای بهداشت و درمان استان گیلان تعلق دارد. دانشگاه علوم پزشکی گیلان هم ۴۶ درصد کل تختهای استان گیلان را برای فعالیتهای پزشکی، آموزشی و درمانی خود در اختیار دارد. سهم بخش خصوصی در این زمینه فقط ۱/۶ درصد است. همچنین بر پایه این آمار کل تختهای آموزشی فقط مربوط به رشت می باشد.

مطالعه ای در آمارها معلوم می دارد که ۵۶ درصد تختخوانیهای بیمارستانی در رشت (مرکز استان) فعالیت دارند. در بیمارستانهای رشت جمعاً ۲۴۶۱ تخت بیمارستانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان وجود دارد که ۵ بخش شامل زنان و زایمان با ۴۰۰ تخت، اطفال با ۱۷۰ تخت، جراحی عمومی با ۱۳۴ تخت، اعصاب و روان با ۱۲۰ تخت و بخش ارتوپدی با ۱۰۵ تخت بیشتر از بخشهای تخصصی دیگر دارای تخت هستند. بخش مهم کلیه و دیالیز با ۴۰ تخت و اورژانس با ۴۸ تخت می توانند گویای توجه بیشتر به این ۲ رشته حیاتی باشند. مطالعه جدول شماره ۳۱ جزئیات بخشهای تخصصی بیمارستانهای رشت را نشان می دهد.

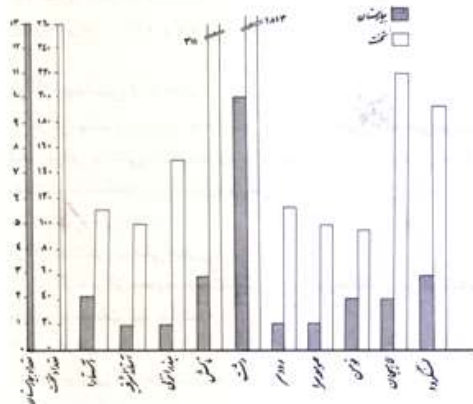
در استان گیلان در مجموع ۱۸ بیمارستان عمومی، ۱ بیمارستان زایشگاه، ۱ بیمارستان ویژه مراقبت و درمان مبتلایان به بیماری اعصاب و روان، ۲ زایشگاه، ۲ آسایشگاه معلولین و ۱ آسایشگاه مخصوص بازپروری معنادرین ۱ بیمارستان تخصصی کودکان مشغول فعالیت هستند. مطالعه بیشتر نشان می دهد که تا سال ۱۳۱۰ تنها ۲ بیمارستان در سطح گیلان وجود داشت. جدول شماره ۳۲ اطلاعات کاملی را در زمینه نوع مؤسسه درمانی، سال تأسیس، رشته فعالیت، تعداد تخت مؤسسات درمانی گیلان در اختیار ما قرار می دهد. همان طور که پیش از این ذکر گردید در سال ۱۳۳۸ جمعاً ۵۹۵ تخت بیمارستانی در گیلان وجود داشت. این رقم در سال ۱۳۶۹ به ۳۲۰۹ و در سال ۱۳۷۱ به ۳۳۰۰ افزایش یافت. با وجود این که در این فاصله (۱۳۳۸ تا

جدول شماره ۲۹ - تعداد بیمارستانها، بیمارستان زایشگاه، زایشگاه و آسایشگاه استان گیلان به تفکیک شهرستان* در سال ۱۳۶۹.

شرح شهرستان	بیمارستان		بیمارستان زایشگاه		زایشگاه		آسایشگاه		جمع استان		درصد		جمعیت به ازای	
	تعداد بیمارستان	تعداد تخت بیمارستان	تعداد تخت بیمارستان زایشگاه	تعداد تخت بیمارستان زایشگاه	تعداد تخت زایشگاه	تعداد تخت زایشگاه	تعداد تخت آسایشگاه	تعداد تخت آسایشگاه	تعداد تخت	تعداد تخت	تعداد تخت	تعداد تخت	تعداد تخت	تعداد تخت
آستارا	۲	۱۰۹	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۱۰۹	۳/۲	۸	۳۱۰۰۰	۶۴۰
آستانه اشرفیه	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱۰۰	۳/۱	۴	۱۲۰۰۰۰	۱۰۴۰
بندر انزلی	۱	۱۵۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱۵۰	۲/۷	۴	۱۳۰۰۰	۹۰۰
تالش	۲	۱۶۱	۰	۰	۰	۰	۱	۱۵۰	۳	۳۱۱	۹/۷	۱۱	۹۰۰۰۰	۸۹۰
رشت	۷	۱۱۰۱	۰	۰	۲	۴۱۲	۱	۳۰۰	۱۰	۱۸۱۳	۵۶/۵	۳۸	۷۰۰۰۰	۴۸۰
رودسر	۱	۱۱۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱۱۴	۳/۶	۲	۲۱۰۰۰۰	۱۹۱۰
صومعه سرا	۱	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱۰۰	۳/۱	۲	۱۵۰۰۰	۱۳۵۰
فومن	۲	۹۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۹۶	۳/۰	۸	۹۰۰۰۰	۲۰۸۰
لاهیجان	۲	۲۲۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۲۲۰	۶/۸	۸	۱۲۰۰۰۰	۱۰۵۰
لنگرود	۲	۱۰۶	۰	۰	۰	۰	۱	۹۰	۳	۱۹۶	۶/۱	۱۱	۶۵۰۰۰	۶۳۰
جمع کل استان	۲۰	۲۱۵۷	۱	۱۰۰	۲	۴۱۲	۳	۵۲۰	۲۶	۳۲۰۹	۱۰۰	۱۰۰	۸۷۰۰۰۰	۷۰۰

* بیمارستان ۱۲۰ تختخوابی ولی عصر رودبار ایست به سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان در زلزله خردادماه ۱۳۶۹ صد در صد تخریب شده و در این آمار منظور نگردیده است.

نمودار شماره ۴ - مؤسسات درمانی (بیمارستان، بیمارستان زایشگاه، زایشگاه و آسایشگاه) استان گیلان برحسب تخت و به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۶۹.



رشد و افزایش جمعیت قاطعانه برخورد شود تا امکانات و وسائل و تجهیزات درمانی جوایگی نیاز همه افراد خصوصاً طبقه کم‌بضاعت و فقیر شود و کنترل جمعیت در تمام زمینه‌های زندگی مردم مخصوصاً درمان و آموزش و پرورش و اقتصاد جامعه آثار و نتایج مفید و سودمندی به جای گذارد. در مسرتیه بسعد

(۱۳۷۱) حدود ۲۹۰۰ تخت به تختهای موجود گیلان افزوده شده و نزدیک به ۶ برابر سال ۱۳۳۸ رسیده، ولی هنوز کمبودهای فراوانی وجود دارد و این تعداد باید توسعه و گسترش داده شود.

آمارها و شاخصهای بهداشتی و درمانی و جمعیتی نشان دهنده این واقعیت است که میان امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی به خصوص تختهای بیمارستانی گیلان با افزایش جمعیت این استان رابطه طبیعی و معقول وجود ندارد. بدین معنی که افزایش جمعیت خیلی بیشتر از گسترش امکانات بهداشتی درمانی بوده است، طبق آمار، هر سال حدود ۵۰۰۰۰ نفر به جمعیت گیلان افزوده می‌شود. اگر بر حسب استانداردهای متداول برای هر ۲۵۰ نفر ۱ تخت لازم باشد در نتیجه باید هر سال ۲۰۰ تخت به تختهای موجود بیمارستانی گیلان اضافه شود، تا بدین وسیله خدمات بهداشتی و درمانی مطلوب نصب گیلانیها گردد. البته این در حالی است که کاستیهای گذشته نیز همزمان با حال برطرف شود. و کاهش مرگ و میر در اثر پیشرفت‌های علمی نیز مورد توجه قرار گیرد.

استان گیلان نیز مانند سایر استانهای کشور با مشکل افزایش جمعیت روبروست و تا زمانی که این مشکل از میان برداشته نشده و تعمیم و گسترش بهداشت عمومی در سطح وسیع و به صورت همه جانبه تحقق نیافته است مسئله درمان حل نخواهد شد.

بدین ترتیب برای آن که تمام مردم در سطح استان تا حد معقول از خدمات درمانی برخوردار شوند تنها در راه حل اساسی وجود دارد: نخست آن که با

جدول شماره ۳۰ - تعداد بیمارستان، بیمارستان زایشگاه و زایشگاه استان گیلان برحسب سازمانهای اداره کننده آنها و به تفکیک شهرستان* در سال ۱۳۶۹.

شهرستان	شرح		بهداشت و درمان		علوم پزشکی		بهبود		تخریب		بخش خصوصی		جمع
	تعداد	تعداد مؤسسه درمانی	تعداد	تعداد مؤسسه درمانی	تعداد	تعداد مؤسسه درمانی	تعداد	تعداد مؤسسه درمانی	تعداد	تعداد مؤسسه درمانی	تعداد	تعداد مؤسسه درمانی	تعداد تخت
آستارا	۲	۱۰۹	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۱۰۹
آستانه اشرفیه	۱	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱۰۰
بندر انزلی	۱	۱۵۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱۵۰
تالش	۲	۱۶۱	۰	۰	۱	۱۵۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳	۳۱۱
رشت	۰	۰	۰	۷	۱۲۶۱	۰	۰	۰	۰	۱	۳۰۰	۵۲	۱۸۱۳
رودسر	۱	۱۱۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱۱۴
صومعه سرا	۱	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱۰۰
فومن	۲	۹۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۹۶
لامپجان	۲	۲۲۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۲۲۰
لنگرود	۲	۱۰۶	۰	۰	۰	۹۰	۱	۰	۰	۰	۰	۳	۱۹۶
جمع کل استان	۱۴	۱۱۵۶	۷	۱۲۶۱	۲	۲۲۰	۱	۳۰۰	۲	۵۲	۲۶	۲۶	۳۲۰۹

* بیمارستان ۱۲۰ تختخوابی ولی عصر روهبار در این آمار منظور شده است.

- - رقم مساوی صفر است.

همین زمینهها.

و - بهداشت حرفه‌ای و آموزش بهداشت در همین زمینه.
 ز - انجام آزمایشهای تشخیص طبی و بهداشتی، همکاری در آموزش نیروی انسانی و آمار و بررسیهای بهداشتی و درمانی.

مراکز بهداشتی درمانی روستائی

این گونه مراکز قسمت عمده وظایف بهداشتی خود را توسط خانههای بهداشت ایستاده و ضمیمه انجام می‌دهند و خود در بیشتر موارد نقش نظارت و کنترل فعالیتهای خانههای بهداشت و تدارک آنها را به عهده دارند. پیش از تأسیس وزارت صحتیه و امور خیریه در سال ۱۲۹۹ شمسی و تبدیل آن به اداره کل صحتیه مملکتی از درمانگاه و خدمات درمانگاهی به مفهوم واقعی آن اثری نبود. ظاهرأ دکتر الکساندر اناپکیان تحصیل کرده مسکو در سیزدهمیدان رشت مطب و درمانگاهی دایر کرده بود. این درمانگاه علاوه بر ارائه خدمات درمانی به مردم گیلان پایگاه بیماران تروتمند غیر گیلانی نیز بود بدین ترتیب، که بیماران عازم کشورهای اروپائی چند روزی در درمانگاه اناپکیان تحت مراقبت و راهنمایی قرار گرفته و سپس به مقصد فرنگ حرکت می‌کردند. در سال ۱۲۸۴ شمسی هم دکتر فریم آمریکائی متخصص جراحی عمومی پس از ورود به رشت درمانگاهی دایر کرد و سپس موفق گردید در کنار آن یک بیمارستان نیز تأسیس نماید.

لازم به تذکر است که بیمارستانها و درمانگاهها با وسائل و تجهیزات لازم در رشت و شهرستانهای استان گیلان بعد از تأسیس اداره کل صحتیه مملکتی و

همزمان با کنترل جمعیت می‌بایست به امر تعمیم و گسترش بهداشت عمومی و تغذیه و پیشگیری از ابتلا به امراض و بیماریها توجه خاص مبذول گردد تا عده کمتری از مردم به دارو و درمان نیاز پیدا کنند به عبارت دیگر عده بیشتری از مردم بی‌نیاز از دارو و درمان شوند.

مراکز بهداشتی و درمانی

مراکز بهداشتی و درمانی که در اینجا تحت همین عنوان ذکر می‌شوند شامل مراکز بهداشتی درمانی شهری، مراکز بهداشتی درمانی روستائی، مراکز بهداشت، درمانگاهها، مرکز مبارزه با بیماریهای روسی و مرکز مبارزه با بیماریهای پوستی است.

مراکز بهداشتی درمانی شهری

این گونه مراکز محدوده جمعیت معینی را در شهرها شامل می‌شوند و وظایف و خدمات آنها عبارتند از:
 الف - درمان بیماران سریائی، بیماریابی از میان مراجعین، مشخص کردن مواردی که باید تحت مراقبتهای ویژه قرار گیرند و آموزش بهداشت به بیماران.

ب - بهداشت دهان و دندان و خدمات دندانپزشکی.

ج - بهداشت خانواده و آموزش بهداشت در همین زمینه.

د - مبارزه با بیماریها، مشتمل بر آموزش بهداشت در همین زمینه.

ه - بهداشت محیط، بهداشت مواد غذایی و مصرفی، مشتمل بر آموزش در



نمای یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهری در استان گیلان.



نمای یکی از مراکز بهداشتی درمانی روستایی در استان گیلان.

جدول شماره ۳۱ - بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان برحسب بخشهای تخصصی در سال ۱۳۶۹.

بخش تخصصی	بیمارستان	پورسینا	زایشگاه و رشت	میرزا کوچک	آنونکران	دکتر حشمت رازی	مفده شهرپور	جمع
جراحی	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۳۲	۰	۱۳۲
گوش و حلق و بینی	۰	۰	۰	۵۰	۰	۰	۰	۵۰
داخلی	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰	۵۲	۸۲
قلب و عروق	۰	۰	۰	۰	۰	۵۲	۰	۵۲
زنان و زایمان	۰	۰	۲۰۰	۰	۰	۰	۰	۲۰۰
چشم	۰	۰	۰	۰	۵۵	۰	۰	۵۵
پوست	۰	۰	۰	۰	۰	۲۰	۰	۲۰
اطفال	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۷۰	۱۷۰
ارتوپدی	۱۰۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۵
کلیه و دیالیز	۰	۰	۰	۰	۰	۲۰	۰	۲۰
اورژانس	۰	۰	۲۹	۰	۰	۱۵	۰	۲۸
جراحی مغز و اعصاب	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۵	۳۵
جراحی ترمیمی	۰	۰	۰	۰	۰	۳۶	۰	۳۶
اعصاب و روان	۰	۰	۰	۱۲۰	۰	۰	۰	۱۲۰
مفوقی	۰	۰	۰	۰	۰	۲۴	۰	۲۴
اعصاب داخلی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۵	۳۵
ارولوژی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۵	۳۵
جمع	۳۰۲	۰	۲۰۰	۱۲۰	۱۰۵	۱۲۲	۲۲۰	۱۲۶۱

- رقم صافی صفر است.

دولتی و بهبود استانداردهای مورد عمل در چهارچوب وسیعتری فراهم گردید و بهره‌مندی روستائیان از پزشکی و درمان و بهداشت وسعت بیشتری یافت. به عنوان مثال تعداد درمانگاهها و مراکز بهداشتی درمانی در سال ۱۳۶۹ به مرز ۱۹۹ واحد رسید که اگر جمعیت سال مزبور را ۲,۲۵۵,۰۰۰ به حساب آوریم به هر ۱۱,۳۰۰ نفر ۱ مرکز بهداشتی و درمانی می‌رسد (جدول شماره ۳۵ و نمودار شماره ۵).

مقایسه سهم جمعیت از ۱ مرکز بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۴۸ (۱۱,۳۰۰ نفر به ازای هر مرکز) با سال ۱۳۶۹ (۱۱,۳۰۰ نفر به ازای یک مرکز) نشان می‌دهد که علی‌رغم افزوده شدن ۷۴ مرکز به مراکز بهداشتی و درمانی موجود سهم اهالی گیلان از خدمات بهداشتی و درمانی تغییری نکرده است. مسلماً این موضوع ناشی از رشد بی‌رویه جمعیت در طول ۲۱ سال گذشته است. بدیهی است کنترل جمعیت و جلوگیری از رشد بی‌رویه آن امکانات برخورداری مردم گیلان را از خدمات درمانی در سطح وسیعتری افزایش خواهد داد.

تشکیل وزارت بهداشتی در سال ۱۳۲۰ عملاً در سراسر استان گیلان عهده‌دار درمان مردم گردید و به تدریج بر تعداد آنها افزوده شد. به طوری که در سال ۱۳۴۸ تعداد درمانگاههای استان گیلان به ۱۲۵ واحد رسید. بر این مبنا در سال مذکور هر ۱۱,۳۰۰ نفر گیلانی ۱ درمانگاه داشته‌اند. درمانگاههای استان گیلان را در جدول شماره ۳۳ می‌توان دید.

در سال ۱۳۴۸، همانطور که طی جدول شماره ۳۴ نشان داده شده، در رودبار برای هر ۵,۰۰۰ نفر ۱ درمانگاه، در بندر انزلی برای هر ۶,۰۰۰ نفر ۱ درمانگاه، در رودسر و فومن به ازای هر ۱۳,۵۰۰ نفر ۱ درمانگاه وجود داشت. بررسی بیشتر حاکی است در کسل استان گیلان در سال مورد بررسی، شهرستانهای لاهیجان (برای هر ۱۳,۸۰۰ نفر جمعیت ۱ درمانگاه) و رشت (برای هر ۱۳,۶۰۰ نفر جمعیت ۱ درمانگاه) کمتر از شهرستانهای دیگر از خدمات درمانگاهی برخوردار بوده‌اند. جزئیات مراکز درمانی استان گیلان برحسب سازمانهای اداره کننده و شهرستان ضمن جدول مذکور آمده است. اندک تلاشی در جهت ایجاد فضای بهداشتی و درمانی گیلان رو به افزایش گذاشت. به موازات همه کوششها تسهیلات لازم برای برخورداری ساکنان گیلان از خدمات از طریق ایجاد و گسترش مراکز بهداشتی و درمانی

جدول شماره ۲۲ - مشخصات مؤسسات درمانی استان گیلان در سال ۱۳۶۹*

ردیف	نام مؤسسه درمانی	سازمان اداره کننده	شهرستان	سال تأسیس	رشته فعالیت	تعداد تخت
۱	بیمارستان دکتر شریعتی	بهداشت و درمان	آستارا	۱۳۰۸	عمومی	۴۵
۲	بیمارستان دکتر بهشتی	بهداشت و درمان	آستارا	۱۳۵۲	عمومی	۶۲
۳	بیمارستان زایشگاه کوثر	بهداشت و درمان	آستانه اشرفیه	۱۳۶۶	عمومی، زنان و زایمان	۱۰۰
۴	بیمارستان دکتر بهشتی	بهداشت و درمان	بندر انزلی	۱۳۳۳	عمومی	۱۵۰
۵	بیمارستان شهید نورانی	بهداشت و درمان	تالش	۱۳۵۳	عمومی	۹۷
۶	آسایشگاه معنادین حویق	بهبودی	تالش	۱۳۶۳	بازپروری معنادین	۱۵۰
۷	بیمارستان دکتر طاهری	خصوصی	تالش	۱۳۶۸	عمومی	۶۴
۸	بیمارستان پورسینا	علوم پزشکی	رشت	۱۳۰۳	عمومی	۳۰۴
۹	آسایشگاه معلولین رشت	خبریه	رشت	۱۳۲۵	معلولین	۳۰۰
۱۰	بیمارستان رازی	علوم پزشکی	رشت	۱۳۴۵	عمومی	۲۴۰
۱۱	بیمارستان تونکاران	علوم پزشکی	رشت	۱۳۲۶	عمومی	۱۰۵
۱۲	زایشگاه فامیلی	خصوصی	رشت	۱۳۴۷	زنان و زایمان	۱۲
۱۳	بیمارستان دکتر حشمت	علوم پزشکی	رشت	۱۳۲۹	عمومی	۱۲۲
۱۴	بیمارستان ۱۷ شهریور	علوم پزشکی	رشت	۱۳۵۳	کودکان	۱۷۰
۱۵	زایشگاه رشت	علوم پزشکی	رشت	۱۳۵۷	زنان و زایمان	۴۰۰
۱۶	بیمارستان میرزا کوچک	علوم پزشکی	رشت	۱۳۵۹	اعصاب و روان	۱۲۰
۱۷	بیمارستان گیل و دیلم	خصوصی	رشت	۱۳۶۲	عمومی	۴۰
۱۸	بیمارستان دکتر حشمت	بهداشت و درمان	رودسر	۱۳۱۸	عمومی	۱۱۴
۱۹	بیمارستان امام خمینی	بهداشت و درمان	صومعه سرا	۱۳۶۶	عمومی	۱۰۰
۲۰	بیمارستان شهید مطهری	بهداشت و درمان	فومن	۱۳۳۵	عمومی	۵۱
۲۱	بیمارستان شهید مفتاح	بهداشت و درمان	فومن	۱۳۳۹	عمومی	۲۵
۲۲	بیمارستان ۲۲ آبان	بهداشت و درمان	لاهیجان	۱۳۲۷	عمومی	۱۶۵
۲۳	بیمارستان شهید انصاری	بهداشت و درمان	لاهیجان	۱۳۵۰	عمومی	۵۵
۲۴	بیمارستان بابایی پور	بهداشت و درمان	لنگرود	۱۳۳۲	عمومی	۳۰
۲۵	بیمارستان امینی	بهداشت و درمان	لنگرود	۱۳۴۴	عمومی	۷۶
۲۶	آسایشگاه معلولین شهید محمدپور	بهبودی	لنگرود	۱۳۶۰	معلولین	۹۰
					جمع کل استان	۳۲۰۹

* بیمارستان ۱۲۰ تختخوابی رودبار در زلزله سال ۱۳۶۹ به کلی تخریب شد و در این آمار منظور نگریده است.
** بیمارستان عمومی، واحد درمانی است که ۴ بخش اصلی اطفال، جراحی، داخلی و زنان و زایمان داشته باشد.

خانه‌های بهداشت

صورت مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان در سال ۱۳۶۹ برحسب سال
تأسیس، کارکنان پزشکی و پیراپزشکی و غیره طی جدولهای ۳۶ و ۳۷ نشان
داده شده است.
خانه‌های بهداشت تحت سرپرستی مرکز بهداشتی درمانی به عنوان پایه و
اساس اجرای برنامه‌های بهداشتی درمانی و شبکه‌های بهداشتی در مناطق

جدول شماره ۲۳ - آمار درمانگاههای استان گیلان در سال ۱۳۳۸.

محل	تعداد درمانگاه	محل	تعداد درمانگاه	محل	تعداد درمانگاه	محل	تعداد درمانگاه
آستارا	۲	لوشان (رودبار)	۱	طاهر گوراب (صومعه سرا)	۱	للمجان (لاهیجان)	۱
حیران (آستارا)	۱	بره سر عمارلو (رودبار)	۲	هنده خاله (صومعه سرا)	۲	جمع درمانگاههای لاهیجان	۱۸
جمع درمانگاههای آستارا	۳	نوده عمارلو (رودبار)	۲	گوراب زرمیخ (صومعه سرا)	۱	لنگرود	۳
بندر انزلی	۱۱	توتکاین (رودبار)	۱	جمع درمانگاههای صومعه سرا	۷	کومه (لنگرود)	۲
آبکنار (بندر انزلی)	۱	رستم آباد (رودبار)	۱	فومن	۲	چمخاله (لنگرود)	۱
جمع درمانگاههای بندرانزلی	۱۲	رحمت آباد (رودبار)	۱	کشمیر (فومن)	۱	شلمان (لنگرود)	۱
رشت	۱۸	جیرنده (رودبار)	۱	ماسوله (فومن)	۱	جمع درمانگاههای لنگرود	۷
کوجصفهان (رشت)	۳	هرزویل (رودبار)	۱	شفت (فومن)	۲	هشتیر	۳
سنگر (رشت)	۲	جمع درمانگاههای رودبار	۱۷	ماملوان (فومن)	۱	ماسال (هشتیر طوالش)	۲
خشکیچهار (رشت)	۲	رودسر	۶	آلیان (فومن)	۱	پره سر (هشتیر طوالش)	۱
پیربازار (رشت)	۱	املش (رودسر)	۱	جمع درمانگاههای فومن	۱۰	خلیف آباد (هشتیر طوالش)	۱
لولمان (رشت)	۱	چابکسر (رودسر)	۱	لاهیجان	۷	حویق (هشتیر طوالش)	۱
لشت نشا (رشت)	۱	رحیم آباد (رودسر)	۲	آستانه اشرفیه (لاهیجان)	۳	شاندرمن (هشتیر طوالش)	۱
خمام (رشت)	۱	واجارگه (رودسر)	۱	بندر کیشهر (لاهیجان)	۲	رضوانده (هشتیر طوالش)	۱
جمع درمانگاههای رشت	۲۹	جمع درمانگاههای رودسر	۱۱	پاشاکی (لاهیجان)	۱	لیسار (هشتیر طوالش)	۱
رودبار	۲	صومعه سرا	۲	دیلمان (لاهیجان)	۲	جمع درمانگاههای هشتیر طوالش	۱۱
منجیل (رودبار)	۵	ضبابر (صومعه سرا)	۱	سیاهکل (لاهیجان)	۲	جمع درمانگاههای استان گیلان	۱۲۵

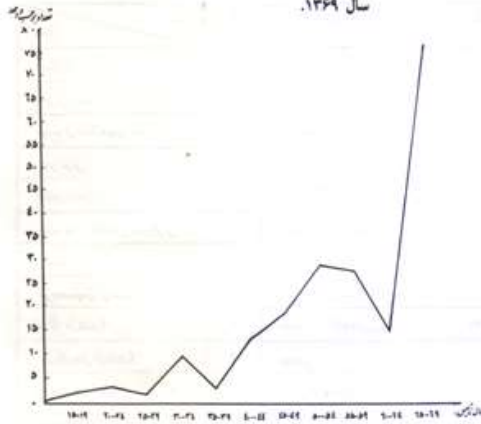
جدول شماره ۲۴ - درمانگاههای استان گیلان برحسب سازمانهای اداره کننده و به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۳۸.

شهرستان	وزارت بهداشتی	وزارت آب و برق	وزارت راه و ترابری	وزارت آموزش و پرورش	وزارت اجتماعی	بیمه های شبرو خوردشد و ارزش و شهربانی	سایر سازمانها	جمع	جمعیت	جمعیت به ازای ۱ درمانگاه
آستارا	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳	۳۲۰۰۰	۱۰۷۰۰
بندر انزلی	۴	۰	۱	۱	۲	۳	۱	۱۲	۶۵۰۰۰	۶۰۰۰
رشت	۱۴	۱	۲	۲	۲	۳	۴	۲۹	۳۹۴۰۰۰	۱۳۶۰۰
رودبار	۸	۱	۱	۰	۲	۲	۳	۱۷	۸۱۰۰۰	۵۰۰۰
رودسر	۸	۰	۱	۱	۰	۱	۰	۱۱	۱۲۹۰۰۰	۱۳۵۰۰
صومعه سرا	۴	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۷	۱۰۰۰۰۰	۱۲۳۰۰
فومن	۶	۰	۰	۱	۰	۲	۱	۱۰	۱۳۵۰۰۰	۱۳۵۰۰
لاهیجان ●	۱۰	۰	۰	۱	۲	۳	۲	۱۸	۲۴۹۰۰۰	۱۳۸۰۰
لنگرود	۳	۰	۰	۱	۰	۲	۱	۷	۷۲۰۰۰	۱۰۶۰۰
هشتیر طوالش	۶	۰	۰	۰	۱	۱	۳	۱۱	۱۳۵۰۰۰	۱۲۳۰۰
جمع کل استان	۶۵	۲	۵	۷	۱	۱۹	۱۶	۱۲۵	۱۴۱۴۰۰۰	۱۱۳۰۰

* آستانه اشرفیه در سال ۱۳۳۸ جزء شهرستان لاهیجان بود.

۱ - رقم مسدود صفر است.

جدول شماره ۳۵ - مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان به تفکیک شهرستان و بر
 حسب نقاط شهری و روستایی در سال ۱۳۶۹. نمودار شماره ۵ - تأسیس مراکز بهداشتی و درمانی گیلان از سال ۱۳۱۵ تا
 سال ۱۳۶۹.



شهرستان	شرح			مراکز بهداشتی درمانی			جمعیت به ازای مراکز بهداشتی درمانی		
	شهری	روستایی	جمع	شهری	روستایی	جمع	شهری	روستایی	جمع
آستارا	۶	۳	۹	۲۹۰۰	۱۰۵۰۰	۶۸۰۰			
آستانه اشرفیه	۷	۵	۱۲	۵۹۰۰	۱۵۳۰۰	۹۸۰۰			
بندر انزلی	۱۰	۵	۱۵	۹۷۰۰	۶۵۰۰	۸۶۰۰			
تالش	۸	۸	۱۶	۷۲۰۰	۲۶۰۰۰	۱۶۷۰۰			
رشت	۲۸	۹	۳۷	۱۲۲۰۰	۳۲۰۰۰	۱۸۷۰۰			
رودبار	۹	۶	۱۵	۳۰۰۰	۱۱۱۰۰	۶۲۰۰			
رودسر	۱۲	۱۰	۲۲	۵۵۰۰	۱۳۶۰۰	۸۹۰۰			
سومعه سرا	۷	۱۱	۱۸	۲۶۰۰	۱۰۳۰۰	۸۱۰۰			
فومن	۷	۱۰	۱۷	۲۳۰۰	۱۲۶۰۰	۱۰۴۰۰			
لاهیجان	۱۱	۱۱	۲۲	۵۷۰۰	۱۵۷۰۰	۱۰۷۰۰			
لنگرود	۸	۶	۱۴	۷۶۰۰	۱۱۰۰۰	۹۱۰۰			
جمع کل استان	۱۱۵	۸۲	۱۹۹	۸۰۰۰	۱۵۹۰۰۰	۱۱۳۰۰۰			

* آمار درمانگاههای رودبار شامل درمانگاه وابسته به بیمارستان پیش ساخته رودبار نیز هست.

محل انتظار است. بقیه فضا شامل ۲ اطاق ۱ هال، ۱ حمام و آشپزخانه و سرویس، اختصاص به محل زیست بهورز دارد.

اعضای تیم خدمات بهداشتی درمانی عبارتند از: سرپرست تیم (که پزشک است)، بهداشتکار دهان و دندان، ماما، بهیار، تکنیسین مبارزه با بیچارهها، تکنیسین بهداشت خانواده، تکنیسینهای آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه و آمار و همچنین بهورز و بهداشتیار.

محل کار اصلی سرپرست تیم خدمات بهداشتی درمانی اولیه مرکز بهداشتی درمانی بوده و برنامه‌ریزی واحدهای تحت پوشش و پرسنل مربوطه را انجام می‌دهد. همچنین فعالیتهای بهداشتی درمانی سایر اعضای تیم خدمات بهداشتی درمانی اولیه را هدایت، نظارت و ارزشیابی می‌کند. در مواقع لزوم به تشخیص و درمان بیمارانی که سایر افراد تیم نزد او می‌فرستند می‌پردازد. در زمینه انجام فعالیتهای مربوط به نظارت، ارزشیابی و تشخیص درمان بیماران ارجاعی، پزشک حداقل یک بازدید در هفته از هر خانه بهداشت انجام می‌دهد. آموزش بهداشت همانند سایر اعضای تیم از اصلی‌ترین فعالیتهای پزشک است.



نمای یکی از خانه‌های بهداشت در استان گیلان.

برنامه‌های تیم خدمات بهداشتی درمانی اولیه به شرح زیر است: هر خانه بهداشت بر اساس شرایط جغرافیایی، تراکم جمعیت، امکانات ارتباطی و خصوصیات فرهنگی یک یا چند روستا را با جمعیت متوسط ۲۵۰ تا ۵۰۰ نفر تحت پوشش دارد.

بهورز و بهداشتیار شاغل در هر خانه بهداشت در آغاز کار با استفاده از فرم اطلاعات آبادی، موقعیت جغرافیایی، اوضاع جمعیتی، خدمات عمومی، تسهیلات بهداشتی و درمانی موجود وضع سواد و غیره را که مورد احتیاج است روشن می‌کند. آنگاه بر طبق وظایف مقرر ارائه خدمات بهداشتی درمانی اولیه را انجام می‌دهد. در مجموع خدمات مزبور از ۸ جزیه اصلی، به شرحی که در صفحه ۶۱۶ آمده، تشکیل شده است.

روستایی استان گیلان است. کارکنان خانه‌های بهداشت (بهورزان و بهداشت یاران) با همکاری مرکز بهداشتی درمانی به صورت نسبی، در سلامت نگهداشتن روستائیان کوشش نموده و در مواقع لزوم در رفع نیازهای درمانی آنها اقدام می‌نماید. به مجموعه خدماتی که توسط مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت انجام می‌شود، خدمات بهداشتی درمانی سطح اولیه گفته می‌شود.

زیربنای هر خانه بهداشت در روستاها حدود ۱۲۰ مترمربع است. یک اطاق به وسعت ۲۰ مترمربع محل کار بهورز و اطاقی به مساحت ۱۲ مترمربع

جدول شماره ۲۶ - مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان برحسب سال تأسیس و نیروی انسانی شاغل در سال ۱۳۶۹.

ردیف	نام مرکز	محل	سال تأسیس	نیروی انسانی شاغل		
				پزشک	پیراپزشک	اداری و مالی و خدمات
۱	مرکز بهداشتی درمانی روستائی حیران	حیران (آستارا)	۱۳۴۴	۱	۲	۲
۲	درمانگاه شبانه روزی وابسته به بیمارستان شهید بهشتی	آستارا	۱۳۵۲	۰	۲	۰
۳	مرکز بهداشتی درمانی روستائی لوندویل	لوندویل (آستارا)	۱۳۵۴	۱	۸	۳
۴	درمانگاه شبانه روزی وابسته به بیمارستان دکتر شریعتی	آستارا	۱۳۵۸	۱	۲	۱
۵	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱ شهید آهني	آستارا	۱۳۶۵	۲	۱۰	۳
۶	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲ شهید محمدرزاه	آستارا	۱۳۶۵	۲	۹	۲
۷	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۳	آستارا	۱۳۶۵	۲	۸	۳
۸	مرکز بهداشتی درمانی روستائی باغچه سرا	باغچه سرا (آستارا)	۱۳۶۵	۱	۷	۱
۹	مرکز بهداشت شهرستان آستارا	آستارا	۱۳۶۷	۰	۲۰	۲۳
۱۰	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱	آستانه اشرفیه	۱۳۴۴	۳	۱۳	۵
۱۱	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱ کپاشهر	کپاشهر (آستانه اشرفیه)	۱۳۴۵	۱	۱۲	۵
۱۲	مرکز بهداشتی درمانی روستائی شهید کاظمی لسکوکلایه	لسکوکلایه (آستانه اشرفیه)	۱۳۵۲	۰	۲	۲
۱۳	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۳	آستانه اشرفیه	۱۳۵۳	۲	۱۲	۳
۱۴	مرکز بهداشتی درمانی روستائی زرجام کبسم	کبسم (آستانه اشرفیه)	۱۳۵۶	۰	۵	۱
۱۵	مرکز بهداشتی درمانی روستائی شهید مختاری فوشازده	فوشازده (آستانه اشرفیه)	۱۳۵۹	۱	۲	۱
۱۶	مرکز بهداشتی درمانی روستائی چهارده	چهارده (آستانه اشرفیه)	۱۳۶۳	-	-	-
۱۷	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲	آستانه اشرفیه	۱۳۶۵	۱	۱۲	۲
۱۸	مرکز بهداشتی درمانی روستائی دستک	دستک (آستانه اشرفیه)	۱۳۶۶	۰	۲	۱
۱۹	مرکز بهداشت شهرستان آستانه اشرفیه	آستانه اشرفیه	۱۳۶۶	۰	۱۷	۲۴
۲۰	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲ کپاشهر	کپاشهر (آستانه اشرفیه)	۱۳۶۶	۱	۵	۲
۲۱	درمانگاه شبانه روزی کوئز	آستانه اشرفیه	۱۳۶۹	۳	۵	۳
۲۲	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۶	بندر انزلی	۱۳۴۰	۲	۱۲	۲
۲۳	مرکز بهداشتی درمانی روستائی کپورچال	کپورچال (بندر انزلی)	۱۳۳۰	۱	۹	۲
۲۴	مرکز بهداشتی درمانی روستائی آبکنار	آبکنار (بندر انزلی)	۱۳۳۰	۰	۱۰	۲
۲۵	درمانگاه شبانه روزی وابسته به بیمارستان شهید بهشتی	بندر انزلی	۱۳۴۳	۲	۸	۳
۲۶	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۳	بندر انزلی	۱۳۴۵	۵	۲۲	۳

ادامه جدول شماره ۲۶ - مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان برحسب سال تأسیس و نیروی انسانی شاغل در سال ۱۳۶۹.

ردیف	نام مرکز	محل	سال تأسیس	نیروی انسانی شاغل		
				پزشک	پیراپزشک اداری و مالی و خدمات	جمع
۲۷	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۷	بندر انزلی	۱۳۵۲	۱	۱۲	۳
۲۸	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۴	بندر انزلی	۱۳۵۲	۱	۱۰	۲
۲۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۵	بندر انزلی	۱۳۵۲	۱	۱۱	۲
۳۰	مرکز بهداشتی درمانی روستائی چنگریان	چنگریان (بندر انزلی)	۱۳۵۲	۱	۶	۲
۳۱	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۶ کلوبر	بندر انزلی	۱۳۶۵	۱	۱۱	۲
۳۲	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲	بندر انزلی	۱۳۶۵	۱	۸	۱
۳۳	مرکز بهداشتی درمانی روستائی شاهرور	شاهرور (بندر انزلی)	۱۳۶۵	۱	۹	۱
۳۴	مرکز بهداشتی درمانی روستائی حسن رود	حسن رود (بندر انزلی)	۱۳۶۷	۱	۶	۰
۳۵	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۸	بندر انزلی	۱۳۶۷	۱	۹	۱
۳۶	مرکز بهداشت شهرستان بندر انزلی	بندر انزلی	۱۳۶۷	۱	۲۴	۳۱
۳۷	مرکز بهداشتی درمانی روستائی لیسار	لیسار (تالش)	۱۳۴۰	۱	۵	۳
۳۸	مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه روزی رضوانشهر	رضوانشهر (تالش)	۱۳۴۷	۲	۱۴	۴
۳۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری پرده سر	تالش	۱۳۵۰	۱	۱۲	۱
۴۰	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱ رضوانشهر	رضوانشهر (تالش)	۱۳۵۰	۲	۱۲	۲
۴۱	مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی حویق	حویق (تالش)	۱۳۵۲	۱	۳	۴
۴۲	مرکز بهداشتی درمانی روستائی خطبه سرا	خطبه سرا (تالش)	۱۳۵۲	۱	۳	۲
۴۳	مرکز بهداشتی درمانی روستائی چوکا	چوکا (تالش)	۱۳۵۲	۱	۲	۳
۴۴	مرکز بهداشتی درمانی روستائی اسالم	اسالم (تالش)	۱۳۵۳	۰	۲	۱
۴۵	درمانگاه شبانه روزی بیمارستان شهید نورانی	تالش	۱۳۵۴	۴	۱۰	۲
۴۶	مرکز بهداشتی درمانی روستائی جوگندان	جوگندان (تالش)	۱۳۵۴	۱	۶	۲
۴۷	مرکز بهداشتی درمانی روستائی خلیف آباد	خلیف آباد (تالش)	۱۳۵۶	۱	۷	۱
۴۸	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱	تالش	۱۳۶۵	۱	۹	۲
۴۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲	تالش	۱۳۶۵	۲	۱۰	۱
۵۰	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۳	تالش	۱۳۶۵	۱	۱۰	۱
۵۱	مرکز بهداشت شهرستان تالش	تالش	۱۳۶۷	۱	۲۳	۳۳
۵۲	مرکز بهداشتی درمانی روستائی طولارود	طولارود (تالش)	۱۳۶۸	۰	۲	۱

بهداشت و درمان ●

۶۱۱

ادامه جدول شماره ۳۶ - مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان بر حسب سال تأسیس و نیروی انسانی شاغل در سال ۱۳۶۹.

ردیف	نام مرکز	محل	سال تأسیس	نیروی انسانی شاغل		
				پزشک	پیراپزشک	اداری و مالی و خدمات
۵۳	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۴ رودبارنان	رشت	۱۳۴۵	۲	۱۷	۲
۵۴	مرکز مبارزه با بیماریهای ریوی	رشت	۱۳۴۶	۲	۲۰	۹
۵۵	مرکز بهداشتی درمانی روستائی لولمان	لولمان (رشت)	۱۳۴۶	۱	۸	۲
۵۶	مرکز درمانی شماره ۱ (وابسته به سازمان تأمین اجتماعی)	رشت	۱۳۴۹	۸	۲۴	۱۳
۵۷	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱ کوچه صفهان	کوچه صفهان (رشت)	۱۳۵۰	۱	۱۱	۲
۵۸	مرکز بهداشتی درمانی روستائی امامزاده هاشم	امام زاده هاشم (رشت)	۱۳۵۰	۱	۶	۲
۵۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۷ گلنار	رشت	۱۳۵۳	۲	۱۳	۳
۶۰	مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه روزی (شماره ۲) سعدی	رشت	۱۳۵۳	۳	۱۹	۳
۶۱	مرکز بهداشتی درمانی شهری خشکبیجار	خشکبیجار (رشت)	۱۳۵۶	۲	۱۲	۲
۶۲	مرکز بهداشتی درمانی روستائی چوکام	چوکام (رشت)	۱۳۵۶	۰	۶	۳
۶۳	مرکز بهداشتی درمانی شهری خمام	خممام (رشت)	۱۳۵۶	۱	۱۶	۲
۶۴	مرکز مبارزه با بیماریهای پوستی	رشت	۱۳۵۷	۵	۸	۹
۶۵	مرکز امداد شهر صنعتی رشت	رشت	۱۳۵۷	۰	۰	۱
۶۶	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۳ رشتیان	رشت	۱۳۵۷	۱	۱۰	۴
۶۷	مرکز بهداشتی درمانی شهری سنگر	سنگر (رشت)	۱۳۵۷	۱	۱۱	۳
۶۸	مرکز بهداشت شهرستان رشت	رشت	۱۳۵۹	۳	۷۶	۵۹
۶۹	مرکز بهداشتی درمانی روستائی پیربازار	پیربازار (رشت)	۱۳۵۹	۰	۷	۱
۷۰	مرکز بهداشتی درمانی روستائی آقاسیدشریف	آقاسیدشریف (رشت)	۱۳۶۰	۱	۶	۲
۷۱	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۵ لاهیجان	رشت	۱۳۶۱	۲	۱۶	۳
۷۲	درمانگاه زندان (وابسته به شهرماتی)	رشت	۱۳۶۲	۳	۴	۱
۷۳	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۶ علی آباد	رشت	۱۳۶۵	۱	۱۳	۲
۷۴	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۸	رشت	۱۳۶۶	۰	۱۲	۱
۷۵	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱	رشت	۱۳۶۶	۳	۱۵	۲
۷۶	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱۶ خمسه بازار	رشت	۱۳۶۷	۰	۸	۲
۷۷	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱۹ شالکو	رشت	۱۳۶۷	۱	۹	۲
۷۸	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۹	رشت	۱۳۶۷	۱	۱۵	۲

ادامه جدول شماره ۳۶ - مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان برحسب سال تأسیس و نیروی انسانی شاغل در سال ۱۳۶۹.

ردیف	نام مرکز	محل	سال تأسیس	نیروی انسانی شاغل		
				پزشک	پیراپزشک	اداری و مالی و خدمات
۷۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱۲ سلیمانآباد	رشت	۱۳۶۷	۰	۱۳	۲
۸۰	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱۳	رشت	۱۳۶۷	۱	۱۳	۳
۸۱	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱ لشت نشا	لشت نشا (رشت)	۱۳۶۷	۲	۱۸	۴
۸۲	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲ لشت نشا	لشت نشا (رشت)	۱۳۶۷	۱	۶	۳
۸۳	مرکز بهداشتی درمانی روستائی لاکان	لاکان (رشت)	۱۳۶۷	۱	۶	۳
۸۴	مرکز بهداشتی درمانی روستائی بیجاریس	بیجاریس (رشت)	۱۳۶۷	۱	۲	۱
۸۵	مرکز بهداشتی درمانی روستائی سراوان	سراوان (رشت)	۱۳۶۷	۰	۲	۱
۸۶	مرکز بهداشتی درمانی روستائی بنکده	بنکده (رشت)	۱۳۶۷	۰	۲	۱
۸۷	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲ کوجصفهان	کوجصفهان (رشت)	۱۳۶۷	۰	۹	۱
۸۸	مرکز بهداشت استان گیلان	رشت	۱۳۶۸	۵	۲۹	۵۷
۸۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱۴	رشت	۱۳۶۸	۱	۱۳	۳
۹۰	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۳	رودبار	۱۳۲۲	۳	۷	۲
۹۱	مرکز بهداشتی درمانی روستائی جیرنده	جیرنده (رودبار)	۱۳۳۰	۱	۳	۱
۹۲	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲ منجیل	منجیل (رودبار)	۱۳۳۰	۳	۱۲	۲
۹۳	مرکز بهداشتی درمانی روستائی رستم آباد	رستم آباد (رودبار)	۱۳۳۰	۱	۷	۲
۹۴	مرکز بهداشتی درمانی روستائی تونکابن	تونکابن (رودبار)	۱۳۴۰	۱	۶	۳
۹۵	مرکز بهداشتی درمانی روستائی بره سر	بره سر (رودبار)	۱۳۴۲	۱	۷	۱
۹۶	مرکز بهداشتی درمانی روستائی کلیشم	کلیشم (رودبار)	۱۳۴۲	۱	۴	۲
۹۷	مرکز بهداشتی درمانی شهری لوشان	لوشان (رودبار)	۱۳۴۵	۱	۱۱	۵
۹۸	مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی سنگرود (وابسته به ذوب آهن)	معدن سنگرود (رودبار)	۱۳۴۷	۲	۱۴	۱۱
۹۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری سیمان لوشان (وابسته به کارخانه سیمان لوشان)	لوشان (رودبار)	۱۳۶۴	۱	۳	۱
۱۰۰	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱	رودبار	۱۳۶۵	۱	۷	۱
۱۰۱	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲	رودبار	۱۳۶۶	۱	۵	۱
۱۰۲	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱ منجیل	منجیل (رودبار)	۱۳۶۶	۲	۵	۳

ادامه جدول شماره ۳۶ - مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان برحسب سال تأسیس و نیروی انسانی شاغل در سال ۱۳۶۹.

ردیف	نام مرکز	محل	سال تأسیس	نیروی انسانی شاغل			جمع
				پزشک	پیراپزشک	اداری و مالی و خدمات	
۱۰۳	مرکز بهداشت شهرستان رودبار	رودبار	۱۳۶۷	۱	۲۲	۱۶	۲۱
۱۰۴	درومانگاه شبانه روزی وابسته به بیمارستان دکتر حشمت	رودسر	۱۳۱۸	۲	۱۰	۱۷	۲۹
۱۰۵	مرکز بهداشتی درمانی شهری رحیم آباد	رحیم آباد (رودسر)	۱۳۳۰	۱	۱۵	۴	۲۰
۱۰۶	مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه روزی (شماره ۲ املش)	املش (رودسر)	۱۳۳۵	۲	۱۶	۴	۲۲
۱۰۷	مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه روزی (شماره ۲ کلاچای)	کلاچای (رودسر)	۱۳۳۸	۳	۱۲	۳	۲۰
۱۰۸	مرکز بهداشتی درمانی روستائی لشکاجان	لشکاجان (رودسر)	۱۳۴۲	۰	۷	۱	۸
۱۰۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری واجارگاه	واجارگاه (رودسر)	۱۳۴۴	۱	۶	۴	۱۱
۱۱۰	مرکز بهداشتی درمانی روستائی شوتیل	شوتیل (رودسر)	۱۳۵۱	۱	۲	۱	۴
۱۱۱	مرکز بهداشتی درمانی روستائی شیخوس لات (رودسر)	شیخوس لات (رودسر)	۱۳۵۱	۱	۵	۱	۷
۱۱۲	مرکز بهداشتی درمانی روستائی بندین فاسم آباد	بندین فاسم آباد (رودسر)	۱۳۵۲	۱	۷	۱	۹
۱۱۳	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱	رودسر	۱۳۵۶	۲	۲۱	۴	۲۷
۱۱۴	مرکز بهداشتی درمانی روستائی کجید	کجید (رودسر)	۱۳۵۹	۰	۱	۱	۲
۱۱۵	مرکز بهداشتی درمانی روستائی کاکرود	کاکرود (رودسر)	۱۳۵۹	۰	۱	۱	۲
۱۱۶	مرکز بهداشتی درمانی روستائی طول لات	طول لات (رودسر)	۱۳۶۵	۱	۳	۱	۵
۱۱۷	مرکز بهداشتی درمانی روستائی ماجیان	ماجیان (رودسر)	۱۳۶۵	۰	۵	۲	۷
۱۱۸	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲	رودسر	۱۳۶۶	۱	۸	۱	۱۰
۱۱۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۳	رودسر	۱۳۶۶	۱	۸	۳	۱۲
۱۲۰	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۴	رودسر	۱۳۶۶	۱	۶	۴	۱۱
۱۲۱	مرکز بهداشتی درمانی روستائی سیاهکلرود	سیاهکلرود (رودسر)	۱۳۶۶	۱	۵	۱	۷
۱۲۲	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱ جابکسر	جابکسر (رودسر)	۱۳۶۶	۰	۳	۳	۶
۱۲۳	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲ جابکسر	جابکسر (رودسر)	۱۳۶۶	۱	۱۲	۲	۱۵
۱۲۴	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱ املش	املش (رودسر)	۱۳۶۶	۰	۶	۵	۱۱
۱۲۵	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱ کلاچای	کلاچای (رودسر)	۱۳۶۶	۰	۲	۱	۳
۱۲۶	مرکز بهداشت شهرستان رودسر	رودسر	۱۳۶۷	۱	۱۷	۳۵	۵۳
۱۲۷	مرکز بهداشتی درمانی روستائی کلدۀ سفلی	کلده سفلی (رودسر)	۱۳۶۸	۱	۶	۱	۸
۱۲۸	مرکز بهداشتی درمانی شهری ماسال	ماسال (صومعه سرا)	۱۳۷۱	۱	۱۲	۶	۱۹

ادامه جدول شماره ۳۶ - مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان برحسب سال تأسیس و نیروی انسانی شاغل در سال ۱۳۶۹.

ردیف	نام مرکز	محل	سال تأسیس	نیروی انسانی شاغل		
				پزشک	پیراپزشک اداری و مالی و خدمات	جمع
۱۲۹	مرکز بهداشتی درمانی روستائی گوراب زرمیخ	گوراب زرمیخ (صومعه سرا)	۱۳۴۴	۰	۳	۳
۱۳۰	مرکز بهداشتی درمانی روستائی مرجفل	مرجفل (صومعه سرا)	۱۳۴۴	۱	۸	۳
۱۳۱	مرکز بهداشتی درمانی روستائی هندخاله	هندخاله (صومعه سرا)	۱۳۴۵	۱	۸	۳
۱۳۲	مرکز بهداشتی درمانی روستائی طاهر گوراب	طاهر گوراب (صومعه سرا)	۱۳۴۵	۰	۸	۲
۱۳۳	مرکز بهداشتی درمانی روستائی ضیابر	ضیابر (صومعه سرا)	۱۳۵۵	۰	۷	۲
۱۳۴	مرکز بهداشتی درمانی شهری شاندرمن	شاندرمن (صومعه سرا)	۱۳۴۶	۱	۷	۱
۱۳۵	درمانگاه شبانه روزی وابسته به بیمارستان امام خمینی	صومعه سرا	۱۳۶۲	۱	۱۳	۲
۱۳۶	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱	صومعه سرا	۱۳۶۲	۱	۱۰	۱
۱۳۷	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲	صومعه سرا	۱۳۶۲	۱	۱۶	۲
۱۳۸	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۳	صومعه سرا	۱۳۶۲	۱	۱۱	۲
۱۳۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۴	صومعه سرا	۱۳۶۲	۲	۹	۲
۱۴۰	مرکز بهداشتی درمانی روستائی وشمه سرا	وشمه سرا (صومعه سرا)	۱۳۶۲	۰	۶	۱
۱۴۱	مرکز بهداشتی درمانی روستائی کسما	کسما (صومعه سرا)	۱۳۶۲	۱	۴	۱
۱۴۲	مرکز بهداشتی درمانی روستائی ابانر	ابانر (صومعه سرا)	۱۳۶۲	۰	۲	۲
۱۴۳	مرکز بهداشتی درمانی روستائی نوحاله جعفری	نوحاله جعفری (صومعه سرا)	۱۳۶۵	۰	۴	۲
۱۴۴	مرکز بهداشتی درمانی روستائی پشتیر	پشتیر (صومعه سرا)	۱۳۶۵	۰	۲	۰
۱۴۵	مرکز بهداشت شهرستان صومعه سرا	صومعه سرا	۱۳۶۷	۱	۲۹	۳۴
۱۴۶	درمانگاه شبانه روزی وابسته به بیمارستان شهید مطهری	فومن	۱۳۲۱	۲	۴	۲
۱۴۷	مرکز بهداشتی درمانی روستائی شالمآ	شالمآ (فومن)	۱۳۲۵	۰	۴	۱
۱۴۸	مرکز بهداشتی درمانی روستائی ماکلوان	ماکلوان (فومن)	۱۳۴۶	۰	۴	۲
۱۴۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱ شفت	شفت (فومن)	۱۳۲۷	۲	۲۲	۱۳
۱۵۰	مرکز بهداشتی درمانی روستائی رودپیش	رودپیش (فومن)	۱۳۲۸	۰	۳	۲
۱۵۱	مرکز بهداشتی درمانی روستائی ماسوله	ماسوله (فومن)	۱۳۵۰	۱	۳	۱
۱۵۲	مرکز بهداشتی درمانی روستائی گوراب پس	گوراب پس (فومن)	۱۳۵۲	۱	۴	۳
۱۵۳	مرکز بهداشتی درمانی روستائی احمد سرگوراب	احمد سرگوراب (فومن)	۱۳۵۴	۱	۶	۳
۱۵۴	مرکز بهداشتی درمانی روستائی آلیان	آلیان (فومن)	۱۳۵۶	۱	۲	۱

ادامه جدول شماره ۳۶ - مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان بر حسب سال تأسیس و نیروی انسانی شاغل در سال ۱۳۶۹.

ردیف	نام مرکز	محل	سال تأسیس	نیروی انسانی شاغل		
				پزشک	پیراپزشک اداری و مالی و خدمات	جمع
۱۵۵	مرکز بهداشتی درمانی روستائی زبده	زبده (فومن)	۱۳۵۶	۱	۴	۶
۱۵۶	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲ شفت	شفت (فومن)	۱۳۵۷	۰	۵	۷
۱۵۷	مرکز بهداشتی درمانی روستائی چوبر	چوبر (فومن)	۱۳۵۹	۱	۵	۸
۱۵۸	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱	فومن	۱۳۶۶	۲	۱۲	۱۸
۱۵۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲	فومن	۱۳۶۶	۱	۷	۱۱
۱۶۰	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۳	فومن	۱۳۶۶	۱	۱۴	۱۸
۱۶۱	مرکز بهداشتی درمانی روستائی ملاسرا	ملاسرا (فومن)	۱۳۶۶	۰	۶	۷
۱۶۲	مرکز بهداشت شهرستان فومن	فومن	۱۳۶۷	۰	۱۵	۵۱
۱۶۳	درمانگاه شبانه روزی بیمارستان ۲۲ آبان	لاهیجان	۱۳۲۷	۲	۱۲	۱۹
۱۶۴	مرکز بهداشتی درمانی روستائی پاشاکی	پاشاکی (لاهیجان)	۱۳۳۰	۱	۶	۹
۱۶۵	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۵	لاهیجان	۱۳۴۶	۲	۱۲	۱۶
۱۶۶	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱	لاهیجان	۱۳۴۸	۵	۱۱	۱۹
۱۶۷	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱ سیاهکل	سیاهکل (لاهیجان)	۱۳۴۸	۲	۱۴	۱۸
۱۶۸	درمانگاه شبانه روزی بیمارستان شهید انصاری	لاهیجان	۱۳۵۰	۱	۳	۷
۱۶۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲ سیاهکل	سیاهکل (لاهیجان)	۱۳۵۰	۲	۱۰	۱۶
۱۷۰	مرکز بهداشتی درمانی روستائی ناصرکیاده	ناصرکیاده (لاهیجان)	۱۳۵۱	۰	۶	۸
۱۷۱	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲	لاهیجان	۱۳۵۵	۱۳	۱۴	۲۹
۱۷۲	مرکز بهداشتی درمانی روستائی لقمجان	لقمجان (لاهیجان)	۱۳۵۸	۱	۷	۱۰
۱۷۳	مرکز بهداشتی درمانی روستائی شیخ علی کلابه	شیخ علی کلابه (لاهیجان)	۱۳۵۹	۰	۵	۷
۱۷۴	مرکز بهداشتی درمانی روستائی دیلمان	دیلمان (لاهیجان)	۱۳۵۹	۱	۸	۱۰
۱۷۵	مرکز بهداشتی درمانی روستائی خرابود	خرابود (لاهیجان)	۱۳۵۹	۰	۳	۴
۱۷۶	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۴	لاهیجان	۱۳۶۰	۳	۱۷	۲۴
۱۷۷	مرکز بهداشت شهرستان لاهیجان	لاهیجان	۱۳۶۶	۰	۳۵	۶۵
۱۷۸	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۳	لاهیجان	۱۳۶۷	۲	۱۱	۱۵
۱۷۹	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۶	لاهیجان	۱۳۶۷	۰	۱۰	۱۲
۱۸۰	مرکز بهداشتی درمانی روستائی یازکیاگوراب	یازکیاگوراب (لاهیجان)	۱۳۶۷	۱	۱۰	۱۳

ادامه جدول شماره ۲۶ - مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان برحسب سال تأسیس و نیروی انسانی شاغل در سال ۱۳۶۹.

ردیف	نام مرکز	محل	سال تأسیس	نیروی انسانی شاغل		
				پزشک	پیرپزشک	اداری و مالی و خدمات
۱۸۱	مرکز بهداشتی درمانی روستائی بازارسر رودنه	بازارسر رودنه (لاهیجان)	۱۳۶۷	۱	۱۰	۱
۱۸۲	مرکز بهداشتی درمانی روستائی آهندان	آهندان (لاهیجان)	۱۳۶۷	۴	۷	۱
۱۸۳	مرکز بهداشتی درمانی روستائی نخجیرکلابه (یارستان)	نخجیرکلابه (لاهیجان)	۱۳۶۷	۰	۶	۱
۱۸۴	مرکز بهداشتی درمانی روستائی گاویه	گاویه (لاهیجان)	۱۳۶۷	۰	۵	۱
۱۸۵	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۳ شهیدانصاری	لنگرود	۱۳۱۹	۲	۱۹	۲
۱۸۶	درمانگاه شبانه روزی بیمارستان بابائی بوز	لنگرود	۱۳۳۴	۱	۳	۱
۱۸۷	درمانگاه شبانه روزی بیمارستان امینی	لنگرود	۱۳۴۴	۱	۲	۱
۱۸۸	مرکز بهداشتی درمانی شهری شهید عبدالکریمی کومله	کومله (لنگرود)	۱۳۴۴	۱	۹	۲
۱۸۹	مرکز بهداشتی درمانی روستائی شهید علیپورشلمان	شلمان (لنگرود)	۱۳۴۴	۱	۱۰	۲
۱۹۰	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲ ولی عصر	لنگرود	۱۳۵۷	۲	۹	۱
۱۹۱	مرکز بهداشتی درمانی روستائی شهید نورانی گل سفید	گل سفید (لنگرود)	۱۳۵۸	۱	۷	۱
۱۹۲	مرکز بهداشتی درمانی روستائی چاف	چاف (لنگرود)	۱۳۶۳	۰	۶	۱
۱۹۳	مرکز بهداشتی درمانی روستائی کوشالشا	کوشالشا (لنگرود)	۱۳۶۵	۱	۶	۱
۱۹۴	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱	لنگرود	۱۳۶۶	۲	۱۲	۱
۱۹۵	مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۲	لنگرود	۱۳۶۶	۱	۱۱	۱
۱۹۶	مرکز بهداشت شهرستان لنگرود	لنگرود	۱۳۶۷	۲	۱۸	۳۱
۱۹۷	مرکز بهداشتی درمانی روستائی اطافور	اطافور (لنگرود)	۱۳۶۷	۰	۲	۰
۱۹۸	مرکز بهداشتی درمانی روستائی بازکوسرا	بازکوسرا (لنگرود)	۱۳۶۷	۰	۶	۱
جمع کل استان				۲۳۹	۱۸۷۱	۸۵۵

- رقم صافی صفر است -

استان گیلان، در سال ۱۳۶۶ جمعاً ۵۵۴ خانه بهداشت (۴۷۳ واحد فعال و ۸۱ واحد غیر فعال) داشته است که ۸۲۲،۰۰۰ جمعیت روستائی را زیر پوشش قرار داده بودند و به وسیله ۱۰۸۸ بهورزو بهداشتیار (بهورز ۶۴۹ نفر و بهداشت یار ۴۳۹ نفر) اداره می شدند، با این حساب در هر خانه بهداشت فعال ۲/۳ نفر اشتغال بکار داشتند. از خانه های بهداشت مورد بحث ۳۴۷ واحد دارای پزشک سیار و ۱۲۶ واحد نیز فاقد پزشک سیار بودند. همزمان با گسترش فعالیتهای بهداشتی و درمانی در سطح روستاهای گیلان تعداد خانه های بهداشت به ۶۷۷ واحد رسید که ۳۷۵ خانه بهداشت از پزشک سیار استفاده می کردند و بقیه فاقد پزشک سیار بوده و مجموعاً ۱۲۳۸ بهورز (۴۸۱ مرد و ۷۵۷ زن) داشتند. بر اساس این آمار در هر خانه بهداشت ۱/۸ نفر شاغل بوده اند، همینطور این خانه ها ۲۲۰۳ روستا و ۱،۱۲۵،۰۰۰

۱ - آموزش مردم در زمینه مشکلات بهداشتی و راههای پیشگیری از آنها.
 ۲ - بالا بردن سطح بهداشت از طریق اصلاح و بهبود تغذیه و روشهای نگهداری مواد غذایی.
 ۳ - تأمین آب آشامیدنی سالم و بهداشتی محیط.
 ۴ - خدمات بهداشتی مادران، کودکان و تنظیم خانواده.
 ۵ - ایمن سازی علیه بیماریهای عفونی و واگیر مهم.
 ۶ - پیشگیری و کنترل بیماریهای بومی و محلی.
 ۷ - درمان مناسب بیماریهای شایع و کمکیهای اولیه و فوری در زمینه سوانح و حوادث.
 ۸ - تهیه و تدارک داروهای اولیه مورد نیاز خدمات بهداشتی درمانی اولیه.

● بهداشت و درمان

۶۱۷

جدول شماره ۳۷ - نیروی انسانی شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۶۹

شهرستان	تعداد نیروی انسانی			
	پزشک	پیراپزشک اداری و مالی و خدمات	جمع	شرح
آستارا	۱۰	۷۲	۲۰	۱۲۲
آستانه اشرفیه	۱۲	۹۱	۵۳	۱۵۶
بندر انزلی	۲۴	۱۹۳	۶۲	۲۷۹
تالش	۱۶	۱۱۰	۵۷	۱۸۳
رشت	۵۵	۴۷۷	۲۲۰	۷۵۲
رودبار	۲۰	۱۱۵	۵۲	۱۸۷
رودسر	۲۲	۱۸۶	۱۰۱	۳۰۹
صومعه سرا	۱۲	۱۶۱	۷۱	۲۴۴
قومن	۱۴	۱۲۲	۸۰	۲۱۶
لاهیجان	۳۹	۲۲۲	۷۳	۳۳۴
لنگرود	۱۵	۱۲۲	۲۶	۱۸۳
جمع کل استان	۲۳۹	۱۸۷۱	۸۵۵	۲۹۶۵

شهرستان	تعداد			
	مقامی	خانواده	تحت پوشش	جمعیت تحت پوشش
آستارا	۲۹	۱۳	۷۰	۳۱۳۳۱
آستانه اشرفیه	۲۰	۲۳	۸۳	۶۳۱۲۲
بندر انزلی	۱۰	۲۲	۸۵	۲۲۸۰۱
تالش	۵۸	۷۹	۳۹۱	۱۲۳۲۲۷
رشت	۲۷	۹۳	۱۹۲	۱۹۶۲۹۵
رودبار	۱۳	۵۲	۱۸۸	۶۹۳۱۱
رودسر	۱۴	۹۷	۲۵۲	۱۱۶۹۱۳
صومعه سرا	۸۰	۶۹	۱۹۶	۱۳۳۳۴۶
قومن	۴۰	۸۲	۲۲۷	۱۲۶۹۰۳
لاهیجان	۱۶	۲۷	۲۳۶	۱۰۲۶۲۰
لنگرود	۲۱	۷۴	۱۵۹	۷۲۰۶۹
جمع کل استان	۳۲۸	۵۶۸۳	۲۲۰۳	۱۱۲۵۱۷۰

* تعداد ۶ خانه بهداشت فعال بوده است.
.. رقم مساوی صفر است.

پزشکی تشخیص داده شده است، زیرا با توجه به نقش اساسی پزشکان در بخش بهداشت و درمان در جهت استفاده از حداکثر کارآیی آنان و آشنائی آنان با کارهای نظام شبکه‌ای، از طریق مراکز بهورزی استان گیلان، «پزشکی جامعه‌نگر» نیز به دانشجویان پزشکی گیلان و چند دانشگاه علوم پزشکی دیگر آموزش داده می‌شود.

در این طرح دانشجویان پزشکی، از سال دوم به بعد در شبکه مشغول کارآموزی می‌شوند. کارآموز پزشکی جامعه‌نگر زیر نظر استاد رابط ۴ روز در مرکز آموزش بهورزی کارآموزی می‌کند. ۲۶ روز هم در روستا با خدمات بهورز در خانه بهداشت آشنا می‌شود و مانند یک بهورز کار می‌کند. بعد از آن که دانشجوی پزشکی وارد دوره انترنی شد مجدداً ۱ ماه دیگر در نظام شبکه‌ای مشغول کار می‌شود. لیکن این دفعه، در زمینه اصل مدیریت خدمات بهداشتی، نظام ارجاع و روش تحقیق آموزش می‌بیند. بعد از ۶ هفته کارآموزی در زمینه‌های مزبور، ۳ هفته نیز در روستاها مثل یک مسئول مرکز بهداشتی درمانی مشغول کار و کارآموزی می‌شود و روزانه ۳۰۰۰ ریال دستمزد نیز دریافت می‌دارد.

در سال ۱۳۷۱ در استان گیلان ۶ پایگاه پزشکی جامعه‌نگر (پایگاه پزشکی اجتماعی) در آستارا، آستانه اشرفیه، تالش، رشت، صومعه سرا و قومن دایر بوده است. تا تاریخ مزبور افزون بر ۵۰۰ دانشجو ضمن کارآموزی، با فعالیتهای شبکه‌ای و ارائه خدمات بهداشتی درمانی در نقاط روستائی گیلان آشنا گردیده‌اند.

جمعیت را تحت پوشش داشته‌اند. علت این که در سال ۱۳۶۹ پرسنل خانگی بهداشت به تفکیک بهورز و بهداشت یار نیست این است که بر اساس آخرین تشکیلات «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» در سطح کشور عنوان «بهداشتیار» و «بهورز ماما» در خانه‌های بهداشت به بهورز تبدیل شده است. آمار جدول شماره ۳۸ خانه‌های بهداشت مستقر در استان گیلان را برحسب روستا و جمعیت روستائی تحت پوشش و امکانات پرسنلی آنها در سال ۱۳۶۹ نشان می‌دهد. البته نباید از نظر دور داشت که به طور قطع محل استقرار خانه بهداشت در یکی از روستاهاست و هر واحد می‌تواند تا چند روستا را زیر پوشش قرار دهد.

مراکز آموزش بهورزی

این مراکز محل تربیت بهورزان خانه‌های بهداشت مستقر در روستاهای استان گیلان است. دوره تحصیل در آنها ۲۴ ماه است که به صورت علمی و عملی انجام می‌شود. بهورزان پس از خاتمه دوره به روستاها اعزام می‌شوند و به عنوان مسئول خانه بهداشت مشغول کار می‌شوند.

در استان گیلان جمعاً ۱۱ مرکز آموزش بهورزی (در هر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یک مرکز) وجود دارد. مرکز آموزش بهورزی رشت (مرکز استان) علاوه بر تربیت بهورز جهت شبکه شهرستان رشت، به عنوان یک مرکز برون شبکه‌ای نیز مطرح است. بدین صورت که شبکه‌های دیگر گیلان و استانهای کشور را در زمینه تربیت مربی و تأسیس و راه اندازی مراکز تربیت بهورز، یاری می‌نماید.

با توجه به بازده و نتایج حاصل از طرح آموزش بهورزی در سطح روستاها، تعمیم طرح به عنوان امری ضروری و تکمیل کننده تحصیلات

جدول شماره ۳۹ - آزمایشگاههای تشخیص طبی استان گیلان برحسب کارمندان فنی و غیرفنی و به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۶۹.

شهرستان	شرح	تعداد آزمایشگاه	تعداد کارمند فنی	تعداد کارمند غیرفنی	جمع کارمندان	تعداد آزمایشگاه	جمعیت به ازای هر آزمایشگاه
آستارا		۳	۱۱	۵	۱۶	۵/۳	۲۰۰۰۰
آستانه اشرفیه		۳	۱۴	۲	۱۶	۵/۳	۳۹۰۰۰
بندر انزلی		۴	۲۲	۹	۳۳	۷/۴	۳۲۵۰۰
تالش		۳	۱۳	۲	۱۵	۵/۵	۸۹۳۰۰
رشت		۳۳	۱۶۰	۵۵	۲۱۵	۶/۵	۲۱۰۰۰
رودبار		۲	۷	۲	۹	۲/۵	۴۶۰۰۰
رودسر		۷	۳۵	۳	۳۸	۵/۴	۳۰۰۰۰
صومعه سرا		۷	۲۹	۲	۳۳	۴/۷	۲۱۰۰۰
فومن		۳	۱۶	۲	۲۰	۶/۷	۵۹۰۰۰
لاهیجان		۷	۳۲	۹	۴۱	۶/۱	۳۴۰۰۰
نگرود		۴	۲۶	-	۲۶	۶/۵	۳۲۰۰۰
جمع کل استان		۷۶	۳۶۹	۹۵	۴۶۴	۶/۱	۳۰۰۰۰

* آزمایشگاه بیمارستان ولی عصر رودبار و آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شهری منجیل در زلزله خردادماه ۱۳۶۹ به کلی تخریب شده و در این جدول منظور نگردیده است.

- ۱ - درمانگاه سیاه بهداشت واقع در شوشیل، رحیم آباد.
- ۲ - درمانگاه سیاه بهداشت واقع در جیرنده، رودبار.
- ۳ - درمانگاه سیاه بهداشت واقع در ماکلوان، فومن.
- ۴ - درمانگاه سیاه بهداشت واقع در حیران، آستارا.
- ۵ - درمانگاه سیاه بهداشت واقع در جمخاله، نگرود.
- ۶ - درمانگاه سیاه بهداشت واقع در آپکنار، بندر انزلی.
- ۷ - درمانگاه سیاه بهداشت واقع در دیلمان، لاهیجان.
- ۸ - درمانگاه سیاه بهداشت واقع در حویق، هشتر طوالش.

آزمایشگاهها

آزمایشگاه تشخیص طبی بر طبق قانون به طور اعم عبارت است از آزمایشگاه میکروبیشناسی، انگل شناسی، سرم شناسی و شیمی بیولوژیک. انتخابی می تواند آزمایشگاه تشخیص طبی تأسیس کنند که دارای پروانه مخصوص از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشند. هر آزمایشگاه قاعدتاً دارای یک نفر مسئول می باشد. وی باید دارای درجه دکترا در پزشکی یا داروسازی یا دامپزشکی و یا علوم شیمی و بیولوژی باشند. همچنین بسایند دارای گواهینامه دوره تکمیلی آزمایشگاهی از دانشکده های پزشکی یا گواهینامه رسمی تخصصی در امور آزمایشگاهی از مراکز علمی معتبر باشند. تأسیس آزمایشگاههای خصوصی مستلزم داشتن محل مناسب و تجهیزات

مراکز تسهیلات زایمان روستائی

به منظور ایجاد تسهیلات لازم در امر زایمان زنان روستائی ۳۲ مرکز تسهیلات زایمان روستائی در سطح استان گیلان دایر گردیده است. در این مراکز ۳ کاردان مامائی (فوق دیپلم مامائی) و حداقل ۱ نفر کادر کمکی و یک آمبولانس با راننده به طور شبانه روزی و همچنین ایام تعطیل در خدمت روستائیان قرار دارند. گسترش مراکز مزبور در سطح کلیه روستاهای گیلان جزء برنامه های آینده است. از سوی دیگر در جهت استفاده از مسامهای لیسانسه مقرر شده است. فارغ التحصیلان مامائی نخستین سال «طرح نیروی انسانی خدمات پزشکی» خود را در این مراکز بگذرانند.

با توجه به نیاز شدید زنان روستائی گیلان به مسام که غالباً از خدمات درمانی محروم هستند، همچنین با در نظر گرفتن روند افزایش سریع جمعیت، مسئولین بهداشت و درمان طی سالهای اخیر اقدام به تأسیس مراکز تربیت مامای روستائی نموده اند. در سال ۱۳۷۰ تعداد ۴ مرکز تربیت مامای روستائی در رشت، فومن، نگرود و تالش مشغول کار بودند.

دوره تربیت مامای روستائی ۶ ماه به صورت شبانه روزی است. مامای روستائی بعد از اتمام دوره و موفقیت در امتحانات نظری و عملی به روستای محل سکونت خویش اعزام می شود. مامای روستائی پس از دریافت گواهینامه و کیف مامائی می تواند به عنوان مامای روستائی مشغول کار شود.

درمانگاه سیاه بهداشت

در سال ۱۳۳۳ به منظور تعمیم بهداشت و درمان در روستاها و مناطق روستائی گیلان سیاه بهداشت مرکب از گروههای پزشکی و کمک پزشکی تشکیل گردید.

الف - گروه پزشکی شامل پزشک، دندانپزشک، داروساز، مهندس بهداشت و بهدار و نیز دارندگان مدارک لیسانس و بالاتر شامل رشته های انگل شناسی، آزمایشگاهی، پرستاری، تغذیه، پرتوشناسی، آموزش بهداشت، مددکار اجتماعی، بهداشت محیط، جامعه شناسی، روانشناسی، آمار و مدیریت بیمارستان.

ب - گروه کمک پزشکی شامل دارندگان دیپلم متوسطه. این گروهها پس از آموزش لازم در مراکز آموزش نظامی با درجه ستوان دومی (جهت گروه پزشکی) و یکی از درجات گروهبانی (جهت گروه کمک پزشکی) به سیاه بهداشت معرفی و هر یک از افسران و درجه داران به یکی از مناطق روستائی اعزام می شدند.

سیاه بهداشت در طول بیش از ۱۰ سال عمر خود در زمینه تأسیس درمانگاههای روستائی، لوله کشی آب روستاها، ساختمان حمام بهداشتی در روستاها، استقرار واحدهای پزشکی در این مناطق و واکسیناسیون علیه بیماریهای واگیر در سطح روستاهای استان گیلان فعالیت داشت. بعد از انقلاب اسلامی طبق لایحه قانونی سیاهبان بهداشت متقاضی خدمت برای انجام خدمت در بخشها و روستاهای کشور استخدام گردیدند.

درمانگاههای سیاه بهداشت استان گیلان در سال ۱۳۴۸ به شرح زیر بود:

جدول شماره ۲۰ - آزمایشگاههای تشخیص طبی استان گیلان برحسب سازمانهای اداره کننده و نیروی انسانی شاغل در سال ۱۳۶۹

ردیف	نام آزمایشگاه	سال تأسیس	سازمان اداره کننده	تعداد نیروی انسانی شاغل	محل
۱	آزمایشگاه بیمارستان دکتر شریعتی	۱۳۴۶	بهداشت و درمان	۳	آستارا
۲	آزمایشگاه بیمارستان دکتر بهشتی	۱۳۵۲	بهداشت و درمان	۷ نفر	آستارا
۳	آزمایشگاه مرکز بهداشت آستارا	۱۳۵۴	بهداشت و درمان	۶ نفر	آستارا
۴	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۱	۱۳۳۲	بهداشت و درمان	۷ نفر	آستانه اشرفیه
۵	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲	۱۳۴۵	بهداشت و درمان	۳ نفر	بندر کیشهر (آستانه اشرفیه)
۶	آزمایشگاه بیمارستان زایشگاه کوثر	۱۳۶۶	بهداشت و درمان	۶ نفر	آستانه اشرفیه
۷	آزمایشگاه بیمارستان دکتر بهشتی	۱۳۳۳	بهداشت و درمان	۸ نفر	بندر انزلی
۸	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۳	۱۳۴۵	بهداشت و درمان	۸ نفر	بندر انزلی
۹	آزمایشگاه دکتر ستاری	۱۳۶۵	بخش خصوصی	۱۰ نفر	بندر انزلی
۱۰	آزمایشگاه دکتر جلالی پور و لقمان	۱۳۶۶	بخش خصوصی	۷ نفر	بندر انزلی
۱۱	آزمایشگاه بیمارستان شهید نورانی	۱۳۵۴	بهداشت و درمان	۵ نفر	نالش
۱۲	آزمایشگاه مرکز بهداشت نالش	۱۳۵۹	بهداشت و درمان	۶ نفر	نالش
۱۳	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه روزی رضوانشهر	۱۳۶۱	بهداشت و درمان	۲ نفر	رضوانشهر (نالش)
۱۴	آزمایشگاه بیمارستان پورسینا	۱۳۰۳	علوم پزشکی	۱۷ نفر	رشت
۱۵	آزمایشگاه دکتر علی تبرک	۱۳۳۸	بخش خصوصی	۸ نفر	رشت
۱۶	آزمایشگاه دکتر احمد شاهنگیان	۱۳۴۰	خصوصی	۴ نفر	رشت
۱۷	آزمایشگاه بیمارستان رازی	۱۳۴۵	علوم پزشکی	۱۶ نفر	رشت
۱۸	آزمایشگاه مرکزی	۱۳۴۵	بهداشت و درمان	۲۱ نفر	رشت
۱۹	آزمایشگاه مواد غذایی	۱۳۴۵	بهداشت و درمان	۹ نفر	رشت
۲۰	آزمایشگاه بیمارستان توتونکاران	۱۳۴۶	علوم پزشکی	۷ نفر	رشت
۲۱	آزمایشگاه مرکز مبارزه با بیماریهای ربوی	۱۳۴۶	بهداشت و درمان	۶ نفر	رشت
۲۲	آزمایشگاه بیمارستان دکتر حشمت	۱۳۴۹	علوم پزشکی	۱۳ نفر	رشت
۲۳	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی کوچصفهان	۱۳۵۰	بهداشت و درمان	۲ نفر	کوچصفهان (رشت)
۲۴	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی لشت نشا	۱۳۵۱	بهداشت و درمان	۱ نفر	لشت نشا (رشت)
۲۵	آزمایشگاه دکتر علی فدائی	۱۳۵۲	خصوصی	۱۰ نفر	رشت
۲۶	آزمایشگاه مرکز درمانی شماره ۱	۱۳۵۲	سازمان ناآمن اجتماعی	۷ نفر	رشت

X

ادامه جدول شماره ۴۰ - آزمایشگاههای تشخیص طبی استان گیلان برحسب سازمانهای اداره کننده و نیروی انسانی شاغل در سال ۱۳۶۹

ردیف	نام آزمایشگاه	سال تأسیس	سازمان اداره کننده	تعداد نیروی انسانی شاغل	محل
۲۷	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ سعدی	۱۳۵۳	بهداشت و درمان	۲ نفر	رشت
۲۸	آزمایشگاه بیمارستان ۱۷ شهریور	۱۳۵۳	علوم پزشکی	۱۷ نفر	رشت
۲۹	آزمایشگاه مواد مخدر	۱۳۵۵	بهداشت و درمان	۶ نفر	رشت
۳۰	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی حمام	۱۳۵۶	بهداشت و درمان	۲ نفر	حمام (رشت)
۳۱	آزمایشگاه مرکز میزازه با بیمارهای پوستی	۱۳۵۷	بهداشت و درمان	۳ نفر	رشت
۳۲	آزمایشگاه زایشگاه رشت	۱۳۵۷	علوم پزشکی	۱۱ نفر	رشت
۳۳	آزمایشگاه بیمارستان میرزا کوچک	۱۳۵۹	علوم پزشکی	-	رشت
۳۴	آزمایشگاه درمانگاه زندان	۱۳۶۲	شهرداری کل کشور	۱ نفر	رشت
۳۵	آزمایشگاه دکتر یونسی بانه	۱۳۶۲	بخش خصوصی	۵ نفر	رشت
۳۶	آزمایشگاه دکتر شاهکار	۱۳۶۳	بخش خصوصی	۶ نفر	رشت
۳۷	آزمایشگاه دکتر عبدالله رهبر نیکوکار	۱۳۶۳	بخش خصوصی	۲ نفر	رشت
۳۸	مرکز بائولوژی گیلان	۱۳۶۳	بخش خصوصی	۶ نفر	رشت
۳۹	آزمایشگاه دکتر عباس افراه	۱۳۶۴	بخش خصوصی	۷ نفر	رشت
۴۰	آزمایشگاه دکتر نجفی آشتیانی	۱۳۶۵	بخش خصوصی	۶ نفر	رشت
۴۱	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۶	۱۳۶۶	بهداشت و درمان	۱ نفر	رشت
۴۲	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۱۳	۱۳۶۷	بهداشت و درمان	۲۰ نفر	رشت
۴۳	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۵	۱۳۶۹	بهداشت و درمان	۳ نفر	رشت
۴۴	آزمایشگاه دکتر حسن پور	۱۳۶۹	بخش خصوصی	۸ نفر	رشت
۴۵	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی سنگر	۱۳۶۹	بهداشت و درمان	۳ نفر	سنگر (رشت)
۴۶	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی خشکیچار	۱۳۶۹	بهداشت و درمان	۱ نفر	خشکیچار (رشت)
۴۷	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۳	۱۳۷۵	بهداشت و درمان	۶ نفر	رودبار
۴۸	آزمایشگاه درمانگاه سنگرود	۱۳۷۴	سازمان ذوب آهن ایران	۳ نفر	سنگرود (رودبار)
۴۹	آزمایشگاه بیمارستان دکتر حشمت	۱۳۱۸	بهداشت و درمان	۱۱ نفر	رودسر
۵۰	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی رحیم آباد	۱۳۳۰	بهداشت و درمان	۲ نفر	رحیم آباد (رودسر)
۵۱	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ املش	۱۳۳۵	بهداشت و درمان	۲ نفر	املش (رودسر)
۵۲	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ چابکسر	۱۳۳۸	بهداشت و درمان	۳ نفر	چابکسر (رودسر)

ادامه جدول شماره ۴۰ - آزمایشگاههای تشخیص طبی استان گیلان برحسب سازمانهای اداره کننده و نیروی انسانی شاغل در سال ۱۳۶۹

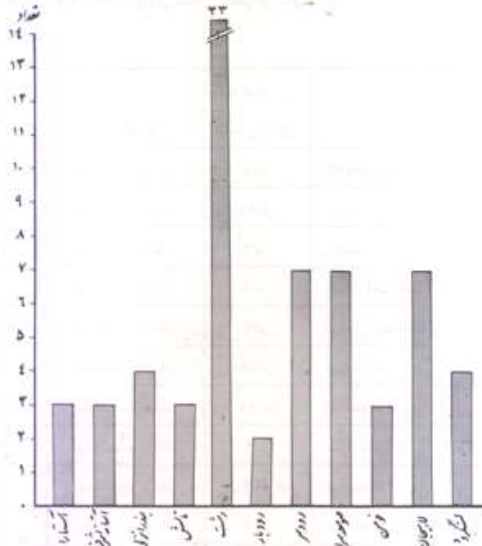
ردیف	نام آزمایشگاه	سال تأسیس	سازمان اداره کننده	تعداد نیروی انسانی شاغل	محل
۵۳	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ کلاچای	۱۳۴۸	بهداشت و درمان	۵ نفر	کلاچای (رودسر)
۵۴	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۱	۱۳۵۶	بهداشت و درمان	۱۱ نفر	رودسر
۵۵	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲	۱۳۶۸	بهداشت و درمان	۲ نفر	رودسر
۵۶	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی ماسال	۱۳۵۵	بهداشت و درمان	۲ نفر	ماسال (صومعه سرا)
۵۷	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی مرچفل	۱۳۶۲	بهداشت و درمان	۱ نفر	مرچفل (صومعه سرا)
۵۸	آزمایشگاه بیمارستان امام خمینی	۱۳۶۴	بهداشت و درمان	۱۱ نفر	صومعه سرا
۵۹	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۱	۱۳۶۴	بهداشت و درمان	۱۱ نفر	صومعه سرا
۶۰	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲	۱۳۶۶	بهداشت و درمان	۲ نفر	صومعه سرا
۶۱	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۳	۱۳۶۶	بهداشت و درمان	۲ نفر	صومعه سرا
۶۲	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۴	۱۳۶۶	بهداشت و درمان	۲ نفر	صومعه سرا
۶۳	آزمایشگاه بیمارستان شهید مطهری	۱۳۲۱	بهداشت و درمان	۷ نفر	فومن
۶۴	آزمایشگاه مرکز بهداشت فومن	۱۳۲۷	بهداشت و درمان	۱۰ نفر	فومن
۶۵	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۱ شفت	۱۳۲۷	بهداشت و درمان	۳ نفر	شفت (فومن)
۶۶	آزمایشگاه مرکز بهداشت لاهیجان	۱۳۳۶	بهداشت و درمان	۸ نفر	لاهیجان
۶۷	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی شماره ۱ سیاهکل	۱۳۴۸	بهداشت و درمان	۳ نفر	سیاهکل (لاهیجان)
۶۸	آزمایشگاه بیمارستان شهید انصاری	۱۳۵۰	بهداشت و درمان	۵ نفر	لاهیجان
۶۹	آزمایشگاه بیمارستان ۲۲ آبان	۱۳۵۱	بهداشت و درمان	۱۲ نفر	لاهیجان
۷۰	آزمایشگاه دکتر حسن زاده	۱۳۵۲	خصوصی	۵ نفر	لاهیجان
۷۱	آزمایشگاه فروغ نژاد	۱۳۶۵	خصوصی	۶ نفر	لاهیجان
۷۲	آزمایشگاه صدیقه طاهره	۱۳۶۹	بهداشت و درمان	۲ نفر	لاهیجان
۷۳	آزمایشگاه بیمارستان امینی	۱۳۴۶	بهداشت و درمان	۱۵ نفر	لنگرود
۷۴	آزمایشگاه شهید انصاری	۱۳۴۸	بهداشت و درمان	۷ نفر	لنگرود
۷۵	آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی کومله	۱۳۵۲	بهداشت و درمان	۱ نفر	کومله لنگرود
۷۶	آزمایشگاه مرکز بهداشت لنگرود	۱۳۶۸	بهداشت و درمان	۳ نفر	لنگرود

* بهداشت و درمان = سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان گیلان

** علوم پزشکی = دانشگاه علوم پزشکی گیلان

توضیح: آزمایشگاههای بیمارستان ولیعصر و مرکز بهداشتی درمانی منجیل در زلزله خردادماه ۱۳۶۹ به کلی تخریب شد

نمودار شماره ۶ - آزمایشگاههای تشخیص طبی استان گیلان در سال ۱۳۶۹



جدول شماره ۴۰ - صورت اسامی آزمایشگاههای تشخیص طبی استان گیلان را در سال ۱۳۶۹ مورد بررسی قرار داده است.

رادیولوژی
 «رادیولوژی» به معنای «پرتوشناسی» است و در پزشکی رشته‌ای است که از انرژی اشعه‌ای در تشخیص بیماریها استفاده می‌شود. همان‌طور که در مبحث امور آزمایشگاههای گیلان ذکر شد بیمارستانهای دکتر فریم و پورسینا اولین مؤسسات درمانی بودند که در آنها آزمایشگاه دایر شد. به موازات تأسیس آزمایشگاهها، مراکز و بخشهای رادیولوژی نیز در کنار آنها به‌کار پرداخت.
 تا شهریور ۱۳۲۰ در استان گیلان ۳ بخش رادیولوژی مشغول کار بود. پس از آن هم‌زمان با توسعه و گسترش مؤسسات بهداشتی و درمانی بسر تعداد مؤسسات رادیولوژی نیز به تدریج افزوده شد.
 آمار ارائه شده در جدول شماره ۴۱ حاکی است که در سال ۱۳۶۹، جمعاً ۳۴ مرکز و بخش رادیولوژی در سراسر استان گیلان فعالیت داشته‌اند. براساس همین آمار برای هر ۶۶,۳۰۰ نفر جمعیت گیلان ۱ مرکز یا بخش رادیولوژی وجود داشته و همچنین حدود نیمی از مراکز و بخشهای رادیولوژی در رشت (مرکز استان) دایر شده است. نمودار شماره ۷ توزیع واحدهای رادیولوژی را در سطح استان گیلان نمایان می‌سازد.

جدول شماره ۴۱ - مؤسسات رادیولوژی استان گیلان برحسب کارمندان فنی و غیرفنی و به تفکیک شهرستان* در سال ۱۳۶۹.

شرح شهرستان	وضعیت حقوقی						تعداد کارمندان	تعداد کارمندان تمام‌وقت	جمعیت به ازای هر مؤسسه رادیولوژی
	پیدا شده در مرکز	پزشکی عمومی	بخش خصوصی	جمع غیر مشخص	جمع	جمع			
آستانه	۳	۰	۰	۰	۳	۰	۹	۳۷۰	۲۰۰۰۰
آستانه شرقیه	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۵	۵۱۰	۱۱۷۰۰۰
بندر انزلی	۱	۰	۲	۳	۲	۰	۲۲	۷/۲	۲۳۰۰۰
تالش	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۲	۲/۰	۲۶۷۰۰۰
رشت	۲	۶	۹	۱۷	۳۳	۱۰۶	۱۰۶	۶/۲	۲۰۰۰۰
رودسر	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۵	۵/۰	۲۱۳۰۰۰
صومعه سرا	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۶	۶/۰	۱۲۵۰۰۰
فومن	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۵	۶/۰	۱۷۶۰۰۰
لاهیجان	۲	۰	۲	۲	۱۳	۱۹	۶	۲/۸	۵۹۰۰۰
لنگرود	۲	۰	۰	۲	۱۰	۱۱	۱۱	۵/۵	۶۲۰۰۰
جمع کل استان	۱۵	۶	۱۳	۳۲	۱۹۸	۱۹۳	۵/۷		۶۶۳۰۰

* بخش رادیولوژی بیمارستان ولی عصر رودبار در زلزله خردادماه ۱۳۶۹ به کلی ویران شده و در این آمار منظور نگردیده است.
 - - رقم صدای صفر است.

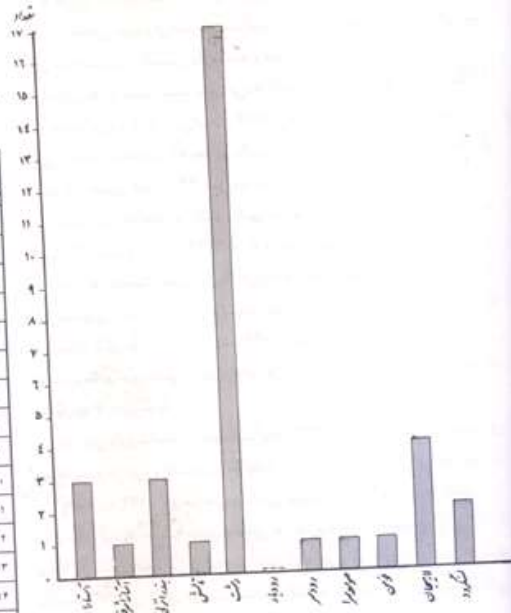
آزمایشگاهی می‌باشد. در گیلان، اولین آزمایشگاه تشخیص طبی در بیمارستان دکتر فریم آمریکائی (حدود سال ۱۲۸۵ شمسی) و بعد از آن در سال ۱۳۰۳ شمسی در بیمارستان پورسینای رشت با تجهیزات آزمایشگاهی آن روز، دایر گردید. به تدریج تأسیس و ساختمان آزمایشگاههای دولتی و خصوصی در رشت و شهرستانها توسعه یافت. رفته رفته آزمایشگاههایی با کادر و وسائل کافی و مجهز در نقاط مختلف گیلان به ویژه در بیمارستانها به عنوان یک بخش تشخیص طبی و در مراکز بهداشتی و درمانی برحسب نیاز ایجاد گردید. آماري که از سال ۱۳۴۴ در دست است نشان می‌دهد که جمعاً ۹ آزمایشگاه تشخیص طبی در سراسر گیلان فعالیت داشت. بسدین تدریج برای هر ۱۴۲,۰۰۰ نفر جمعیت آن سال گیلان ۱ آزمایشگاه تشخیص طبی وجود داشت. آمار فعلی آزمایشگاههای تشخیص طبی (جدول شماره ۳۹ و نمودار شماره ۶) نشان می‌دهد که در سال ۱۳۶۹ در مجموع ۷۶ آزمایشگاه تشخیص طبی اعم از دولتی و خصوصی، مستقل و یا تحت عنوان بخش آزمایشگاه تشخیص طبی بیمارستانها و کمک تشخیص واحدهای بهداشتی و درمانی در سراسر گیلان مشغول فعالیت بوده‌اند. سهم بهره‌مندی اهالی از خدمات آزمایشگاهی افزایش یافته و در این سال برای هر ۳۰,۰۰۰ نفر ۱ آزمایشگاه دایر بوده است. از مجموع آزمایشگاههای گیلان ۳۳ واحد در رشت فعالیت داشته‌اند. آمار نشان می‌دهد که از هر ۵ آزمایشگاه ۴ واحد وابسته به مؤسسات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بسدین تدریج ۲۲ درصد آزمایشگاهها متعلق به بخش خصوصی و ۷۸ درصد به صورت غیرمستقل تحت عنوان بخش آزمایشگاه بیمارستان و یا یک واحد وابسته به دولت فعالیت دارند.

- ۴ - مرکز فیزیوتراپی هنرمند وابسته به بخش خصوصی، در لاهیجان.
 ۵ - مرکز فیزیوتراپی دکتر فرسام وابسته به بخش خصوصی، در لنگرود.

جدول شماره ۴۲ - مراکز و بخشهای رادیولوژی استان گیلان بر حسب سازمانهای اداره کننده و سال تأسیس در سال ۱۳۶۹.

ردیف	نام رادیولوژی	سازمان اداره کننده	سال تأسیس	محل
۱	بخش رادیولوژی بیمارستان دکتر شریعتی	بهداشت و درمان	۱۳۴۶	استارا
۲	بخش رادیولوژی بیمارستان شهید بهشتی	بهداشت و درمان	۱۳۵۲	استارا
۳	بخش رادیولوژی مرکز بهداشت استارا	بهداشت و درمان	۱۳۶۸	استارا
۴	بخش رادیولوژی بیمارستان زایشگاه کوثر	بهداشت و درمان	۱۳۶۶	استان اشرفیه
۵	بخش رادیولوژی بیمارستان شهید بهشتی	بهداشت و درمان	۱۳۳۳	بندر انزلی
۶	مرکز رادیولوژی دکتر خاوری	خصوصی	۱۳۵۸	بندر انزلی
۷	مرکز رادیولوژی دکتر حسین نیا	بخش خصوصی	۱۳۶۲	بندر انزلی
۸	بخش رادیولوژی بیمارستان شهید بهشتی	بهداشت و درمان	۱۳۵۲	تالش
۹	بخش رادیولوژی بیمارستان پورسیا	علوم پزشکی	۱۳۰۳	رشت
۱۰	مرکز رادیولوژی جواد جعفری - ناصر پویشی	بخش خصوصی	۱۳۳۰	رشت
۱۱	مرکز رادیولوژی دانه مسومی	بخش خصوصی	۱۳۴۳	رشت
۱۲	بخش رادیولوژی بیمارستان رازی	علوم پزشکی	۱۳۶۵	رشت
۱۳	بخش رادیولوژی مرکز شماره بیمارهای رومی	بهداشت و درمان	۱۳۶۶	رشت
۱۴	بخش رادیولوژی بیمارستان دکتر شمس	علوم پزشکی	۱۳۶۹	رشت
۱۵	بخش رادیولوژی بیمارستان نونوکاران	علوم پزشکی	۱۳۵۰	رشت
۱۶	مرکز رادیولوژی دانه ایزدی پور	بخش خصوصی	۱۳۵۲	رشت
۱۷	بخش رادیولوژی بیمارستان ۱۷ شهریور	علوم پزشکی	۱۳۵۳	رشت
۱۸	بخش رادیولوژی زایشگاه رشت	علوم پزشکی	۱۳۵۷	رشت
۱۹	مرکز رادیولوژی محمود عباسی - سرور رحمانی مقدم	بخش خصوصی	۱۳۵۸	رشت
۲۰	مرکز رادیولوژی محمد مهدی نوشی گیلانی	بخش خصوصی	۱۳۶۱	رشت
۲۱	بخش رادیولوژی بیمارستان گلپا و پلم	بخش خصوصی	۱۳۶۲	رشت
۲۲	مرکز رادیولوژی محمد تقی قهقری - محمد علی محمود	بخش خصوصی	۱۳۶۳	رشت
۲۳	بخش رادیولوژی مرکز بهداشت رشت	بهداشت و درمان	۱۳۶۵	رشت
۲۴	مرکز رادیولوژی احمد ملکی	بخش خصوصی	۱۳۶۵	رشت
۲۵	مرکز رادیولوژی ناصر دهقانی	بخش خصوصی	۱۳۶۹	رشت
۲۶	بخش رادیولوژی بیمارستان دکتر شمس	بهداشت و درمان	۱۳۱۸	روسر
۲۷	بخش رادیولوژی بیمارستان امام خمینی	بهداشت و درمان	۱۳۴۲	سودمه سرا
۲۸	بخش رادیولوژی بیمارستان شهید مطهری	بهداشت و درمان	۱۳۴۶	فوس
۲۹	بخش رادیولوژی بیمارستان شهید آذربای	بهداشت و درمان	۱۳۵۰	لاهیجان
۳۰	بخش رادیولوژی بیمارستان ۲۲ آبان	بهداشت و درمان	۱۳۵۱	لاهیجان
۳۱	مرکز رادیولوژی گودزی	بخش خصوصی	۱۳۵۸	لاهیجان
۳۲	مرکز رادیولوژی محمد معین شیرازی	بخش خصوصی	۱۳۶۸	لاهیجان
۳۳	بخش رادیولوژی بیمارستان بلایی پور	بهداشت و درمان	۱۳۴۳	لنگرود
۳۴	بخش رادیولوژی بیمارستان امینی	بهداشت و درمان	۱۳۶۵	لنگرود

* بهداشت و درمان = سازمان منطقه بهداشت و درمان استان گیلان.
 ** علوم پزشکی = دانشگاه علوم پزشکی گیلان.



از نظر تخصصی، رادیولوژی استان گیلان را ۲۲ متخصص رادیولوژی، ۴ کارشناس لیسانس یا فوق لیسانس رادیولوژی، ۱۲۲ تکنیسین و کمک تکنیسین رادیولوژی و ۴۵ نفر پرسنل غیر فنی اداره می کنند. در مجموع از ۱۹۳ تن کارکنان واحدهای رادیولوژی ۱۴۸ پرسنل فنی و ۴۵ پرسنل غیر فنی هستند.

مؤسسات رادیولوژی استان گیلان بر حسب سازمان اداره کننده و نیز سال تأسیس در جدول شماره ۴۲ نشان داده شده است.

فیزیوتراپی

در استان گیلان به استثنای واحدهای فیزیوتراپی وابسته به سازمان بهزیستی که در بخش مربوط آورده شد، فقط ۵ واحد فیزیوتراپی مشغول فعالیت هستند. از این تعداد ۱ واحد وابسته به بخش دولتی بهداشت، درمان و ورزش پزشکی گیلان و ۴ واحد نیز متعلق به بخش خصوصی است. این واحدها عبارتند از:

- ۱ - بخش فیزیوتراپی بیمارستان پورسینا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لاری، در رشت.
- ۲ - مرکز فیزیوتراپی طاعتی وابسته به بخش خصوصی، در رشت.
- ۳ - مرکز فیزیوتراپی صدیقه علوی زاده وابسته به بخش خصوصی، در

جدول شماره ۴۳ - داروخانه‌های قدیمی استان گیلان در سال ۱۳۰۳ شمسی.

ردیف	نام داروخانه	صاحب داروخانه	دوستان	محل
۱	مرکزی	میوه‌نکران اجامیان	میوه‌راند	رشت
۲	انجمنیه	میرزا ابراهیم خان	سورن	رشت
۳	نجابت	کارابت کاراپیناسی	کارابت کاراپیناسی	رشت
۴	سلطانی	سعید افندی ادیبی	علی اکبرخان	رشت
۵	عمومی	میرزا اسماعیل کیمیائی	میرزا اسماعیل کیمیائی	رشت
۶	گیلان	میرزا عزیزالله خان	میرزا عزیزالله خان	رشت
۷	صحت	محمد آقا	میرزا زین العابدین	رشت
۸	اسلام	محمدخان - هائی رایت	محمدخان - هائی رایت	رشت
۹	خورشید	محمدخان قوامی	محمدخان قوامی	رشت
۱۰	بن مارش	نرسیس	نرسیس	رشت
۱۱	امید	میرزا محسن	میرزا محسن	رشت
۱۲	نورمال	مادام دکتر نشاندیس	مادام دکتر نشاندیس	رشت
۱۳	اسلامبول	مادام بانادیولس	نژدر	رشت
۱۴	برن	کارابت	کارابت	رشت
۱۵	شرکت برف	عزیز آخوندزاده	واهان	رشت
۱۶	ایران	میرزا حسین درویش	میرزا حسین درویش	رشت
۱۷	مرکزی	زاگرووسکی	زاگرووسکی	انزلی
۱۸	باروس	زیمان	زیمان	انزلی
۱۹	انجمنیه	آقامیرزا اسماعیل	آقامیرزا اسماعیل	انزلی
۲۰	اسلام	اسحق بنزیرچانسکی	اسحق بنزیرچانسکی	انزلی
۲۱	صحت عمومی	میرزا ابوالحسن	میرزا ابوالحسن	لاهیجان
۲۲	صحت	میرزا محمدحسین وشرکاء	گلشنی	لنگرود

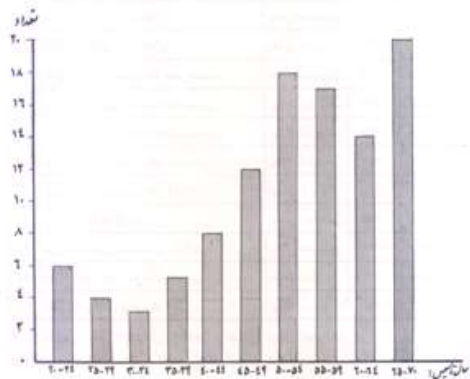
داروخانه‌ها

به طوری که قبلاً گفته شد داروسازی و دارو فروشی در گیلان تابع قانون و مقررات خاصی نبود، ولی همزمان بنا گسترش وزارت بهداشتی مقررانی نیز برای داروسازی و تأسیس داروخانه وضع شد. آماری که در دست است نشان می‌دهد که در سال ۱۳۰۳ در گیلان جمعاً ۲۲ داروخانه دایر بود که از این تعداد ۱۶ داروخانه در رشت، ۴ داروخانه در انزلی، یک داروخانه در لاهیجان و یک داروخانه در لنگرود مشغول فعالیت بودند. در جدول شماره ۴۳ صورت داروخانه‌های آن تاریخ آمده است. تأسیس داروخانه‌ها در رشت و شهرستانهای استان گیلان رفته رفته رو به افزایش گذاشت و در سال ۱۳۲۴ به ۷۰ واحد رسید به طوری که برای هر ۱۸۰،۰۰۰ نفر جمعیت همان سال ۱ داروخانه وجود داشت و توزیع داروخانه در شهرستانهای استان بدین شرح بود: آستارا ۲ داروخانه، بستر انزلی ۵ داروخانه، تالش ۵ داروخانه، رشت ۲۳ داروخانه، رودبار ۲ داروخانه، رودسر ۱۶ داروخانه، صومعه سرا ۱۱ داروخانه، فومن ۴ داروخانه، لاهیجان ۵ داروخانه و لنگرود ۷ داروخانه.

افزایش داروخانه‌ها در فاصله سالهای ۱۳۴۴ تا ۱۳۷۰ با سرعت بیشتری همراه بود و از این رو تعداد داروخانه‌های استان نزدیک به ۲ برابر شد. یعنی از ۷۰ واحد به ۱۲۲ داروخانه رسید، ولی سهم هر ۱۸۰،۹۰۰ نفر جمعیت، ۱ داروخانه گردید. مقایسه جمعیت نسی به ۱ داروخانه در ۲ مقطع زمانی ۱۳۴۴ و ۱۳۷۰ نشان دهنده این واقعیت است که علی‌رغم ۲ برابر شدن تعداد داروخانه‌ها هنوز برای جمعیت استفاده کننده از خدمات داروئی گشایشی حاصل نشده است. محقق این ناهماهنگی روشن می‌سازد که میان تأسیس داروخانه‌های جدید و افزایش جمعیت هیچگونه رابطه‌ی اصولی برقرار نمی‌باشد (جدول شماره ۴۴).

بر اساس آمار مزبور، ۸۵ داروخانه در مراکز شهرستانها و ۳۷ واحد نیز در سایر نقاط گیلان فعالیت دارند. نمودارهای ۸ و ۹ نمایانگر این موضوع و همچنین تأسیس داروخانه‌ها در فاصله سالهای ۱۳۲۰ تا ۱۳۷۰ می‌باشد. جدول شماره ۴۵ نیز نشانگر آمار داروخانه‌های گیلان برحسب مشخصات مختلف در سال ۱۳۷۰ است.

نمودار شماره ۸ - داروخانه‌های استان گیلان از سال ۱۳۲۰ تا سال ۱۳۷۰



خسارات و صدمات زمین لرزه از نظر درمائی

زمین لرزه ۳۱ خرداد ۱۳۶۹ خسارات و صدمات زیادی به مؤسسات درمانی و بهداشتی رودبار، منجیل و چند نقطه دیگر گیلان وارد آورد. ابعاد و وسعت زلزله به حدی بود که برخی از مؤسسات مزبور به کلی ویران شدند و بعضی هم متحمل خسارات قابل توجهی گردیدند. در این میان بیمارستان ۱۲۰ تختخوابی ولی عصر رودبار با بیشتر کارکنان کشیک شب آن نابود گردیدند. خسارات جزئی و کلی وارده بر مؤسسات درمانی گیلان بر اثر زلزله ۱۳۶۹ به قرار زیر است:

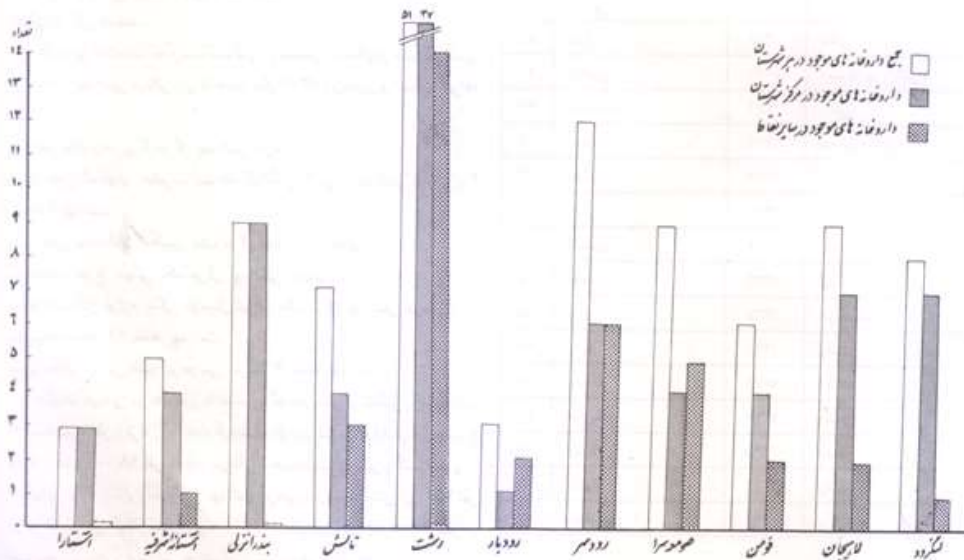
- بیمارستان ولی عصر رودبار به کلی تخریب گردید.
- بیمارستانهای توتونکاران و پورسینا در رشت آسیب دیدند خسارات وارده بر بیمارستان توتونکاران به حدی بود که تخلیه گردید و بیماران آن در

جدول شماره ۲۲ - داروخانه‌های استان گیلان در سالهای ۱۳۴۴ و ۱۳۷۰

شهرستان	سال ۱۳۴۴		سال ۱۳۷۰		جمعیت به ازای داروخانه	تعداد داروخانه
	تعداد داروخانه	جمعیت به ازای داروخانه	تعداد داروخانه در مرکز شهرستان	تعداد داروخانه در نقاط دیگر شهرستان		
استارا	۲	۱۲۰۰۰	۳	۰	۲۰۸۰۰	۳
استانه اشرفیه	۵۵	۴۰۰	۵	۱	۲۲۰۰۰	۵
بندرتلی	۵	۱۲۰۰۰	۹	۰	۱۲۷۰۰	۹
تالش	۵	۲۴۰۰۰	۷	۴	۳۹۱۰۰	۷
رشت	۲۳	۱۵۰۰۰	۵۱	۱۲	۱۳۹۰۰	۵۱
رودبار	۲	۳۶۰۰۰	۳	۲	۳۱۷۰۰	۳
رودسر	۱۶	۹۰۰۰	۱۲	۶	۱۸۲۰۰	۱۲
صومعه سرا	۱	۹۱۰۰۰	۹	۵	۱۶۶۰۰	۹
فومن	۴	۳۱۰۰۰	۶	۲	۳۰۰۰۰	۶
لاهیجان	۵	۲۵۰۰۰	۹	۲	۲۶۹۰۰	۹
لنگرود	۷	۱۰۰۰۰	۸	۱	۱۶۲۰۰	۸
جمع کل استان	۷۰	۱۸۰۰۰	۱۲۲	۳۷	۱۸۹۰۰	۱۲۲

* مسئول فنی داروخانه شامل دکتر داروساز، فویلیسانس داروسازی و لیسانس داروسازی است.
 * استانه اشرفیه در سال ۱۳۴۴ جزء شهرستان لاهیجان بوده است.
 - برآورد مسافر است.

نمودار شماره ۹ - داروخانه‌های استان گیلان در سال ۱۳۷۰



جدول شماره ۴۵ - داروخانه‌های استان گیلان برحسب سال تأسیس و محل

در سال ۱۳۷۰

ردیف	نام داروخانه	سال تأسیس	محل
۱	سینا	۱۳۵۷	آستارا
۲	رازی	۱۳۶۳	آستارا
۳	کلاتریان	۱۳۶۷	آستارا
۴	حسین پور	۱۳۳۱	گیاشهر (آستانه اشرفیه)
۵	امین	۱۳۴۶	آستانه اشرفیه
۶	قدس	۱۳۵۹	آستانه اشرفیه
۷	فرسام	۱۳۶۵	آستانه اشرفیه
۸	شکوهی	۱۳۷۰	آستانه اشرفیه
۹	پیمان	۱۳۴۱	بندر انزلی
۱۰	سینا	۱۳۴۳	بندر انزلی
۱۱	خانلی	۱۳۲۹	بندر انزلی
۱۲	گوروش	۱۳۵۳	بندر انزلی
۱۳	سودبخش	۱۳۵۷	بندر انزلی
۱۴	خزر	۱۳۵۹	بندر انزلی
۱۵	رازی	۱۳۶۲	بندر انزلی
۱۶	شفا	۱۳۶۷	بندر انزلی
۱۷	پاستور	۱۳۶۸	بندر انزلی
۱۸	بوعلی	۱۳۴۷	تالش
۱۹	رازی	۱۳۵۱	تالش
۲۰	حائمی	۱۳۶۱	رضوانشهر (تالش)
۲۱	شانه روزی	۱۳۶۲	تالش
۲۲	اسلام	۱۳۶۶	پره سر (تالش)
۲۳	نصیریان	۱۳۶۷	اسالم (تالش)
۲۴	امینی	۱۳۷۰	رضوانشهر (تالش)
۲۵	پاستور	۱۳۲۴	رشت
۲۶	آفتاب	۱۳۳۵	رشت
۲۷	پروزی	۱۳۳۵	کوجصفهان (رشت)
۲۸	زهره	۱۳۴۱	رشت
۲۹	نجات	۱۳۴۱	رشت
۳۰	جاویدنو	۱۳۴۱	رشت
۳۱	ارسطو	۱۳۴۵	رشت
۳۲	کارون	۱۳۴۶	رشت
۳۳	جهانبخش	۱۳۴۶	رشت

کلینیک روبروی بیمارستان تحت درمان قرار گرفتند.

۱۱۸ خانه بهداشت به طور کامل تخریب شد.

۱۰۶ خانه بهداشت نیز نزدیک ۴۰ درصد آسیب دید.

۱۸ مرکز بهداشتی درمانی شهری و مرکز بهداشتی درمانی روستایی نابود گردیدند. همچنین ۲۴ مرکز بهداشتی درمانی نیز آسیب جزئی و کلی متحمل شدند.

۱ آموزشگاه بهورزی ویران گردید.

ساختمان شبکه بهداشت و درمان رودبار ویران شد.

بیمارستانهای فومن، لاهیجان و رودسر نیز که در مسیر زلزله قرار داشتند آسیب دیدند.

پس از وقوع زلزله سهمگین، عوامل اجرایی بهداشتی و درمانی استان گیلان با تمام امکانات در مناطق آسیب دیده دست به کار شدند و سه طور چشمگیری به مداوای مصدومین، مجروحین و بیماران و همچنین به ترمیم خرابیها پرداختند. به طوری که تا سال ۱۳۷۱ اقدامات زیر انجام گرفت.

۴ ماه بعد از وقوع زلزله بیمارستان ۱۲۰ تختخوابی پیش ساخته در رودبار مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

بیمارستانهای نونوکاران و پورسینا در رشت تعمیر و مورد استفاده واقع شد.

۴۸ خانه بهداشت آماده استفاده گردید.

بیمارستانها و ساختمان شبکه‌ها که آسیبهای جزئی و کلی دیده بودند تعمیر شدند.

۱ آموزشگاه بهورزی که به کلی ویران شده بود مجدداً احداث گردید.

لازم به توضیح است که بقیه واحدهای خسارت دیده در حال تعمیر و ترمیم جزئی و کلی هستند.

علاوه بر اقدامات انجام شده مذکوره، از محل کمکهای مردمی نیز مؤسسات بهداشتی درمانی زیر تا حدود سال ۱۳۷۲ بازسازی و احداث خواهد شد.

دفتر مقام رهبری ۲ مرکز بهداشتی درمانی.

از محل کمکهای حضرت آیت‌الله گلبایگانی ۳ مرکز بهداشتی درمانی و ۶ خانه بهداشت.

انجمن مسلمانان انگلیس یک مرکز بهداشتی درمانی.

صلیب سرخ جهانی یک مرکز بهداشتی درمانی.

فروشندهگان لوازم بدکی اتومبیل تهران یک مرکز بهداشتی درمانی.

بنیاد مسکن ۱۱ خانه بهداشت.

پزشکان ایرانی مقیم نیوجرسی آمریکا ۲ خانه بهداشت.

عملیات درمانی نیز همزمان با اقدامات امداد رسانی یا تشکیل یک ستاد و

۸ کمیته در مناطق زلزله زده انجام گردید. به طوری که در روزهای اول وقوع

زلزله حدود ۱۸۰۰۰ نفر به طور سریانی تحت درمان قرار گرفتند و از

کمکهای اولیه درمانی، دارویی و بهداشتی برخوردار شدند. بیش از ۲۵۰۰ نفر

در مراکز درمانی گیلان بستری و مداوا شدند. همچنین افزون بر ۸۰۰۰ نفر از

مصدومین و مجروحین نیز به تهران و استانهای دیگر اعزام گردیدند.

ردیف	نام داروخانه	سال تأسیس	محل
۳۴	صالجی	۱۳۴۶	رشت
۳۵	راهین	۱۳۴۷	رشت
۳۶	شمس	۱۳۴۷	رشت
۳۷	نور	۱۳۵۱	رشت
۳۸	میرزاشد	۱۳۵۲	رشت
۳۹	شرق	۱۳۵۲	رشت
۴۰	گوروش	۱۳۵۳	رشت
۴۱	میرفانگ	۱۳۵۳	رشت
۴۲	فرزین	۱۳۵۳	رشت
۴۳	خورشید	۱۳۵۴	لشت نشا (رشت)
۴۴	اسدی	۱۳۵۷	رشت
۴۵	نخت جمشید	۱۳۵۷	رشت
۴۶	رازی	۱۳۵۸	رشت
۴۷	پرووزیری	۱۳۵۸	رشت
۴۸	هدایت	۱۳۵۸	رشت
۴۹	نظری احمدزاده	۱۳۵۸	حمام (رشت)
۵۰	رازی	۱۳۵۸	سنگر (رشت)
۵۱	شمس	۱۳۵۸	سنگر (رشت)
۵۲	سعیدی	۱۳۵۹	رشت
۵۳	هدایتی	۱۳۶۳	لشت نشا (رشت)
۵۴	شادرو	۱۳۶۳	خشکبیجار (رشت)
۵۵	سعادت	۱۳۶۵	خشکبیجار (رشت)
۵۶	بهره مند	۱۳۶۶	رشت
۵۷	فردوس	۱۳۶۷	رشت
۵۸	شالچی	۱۳۶۷	رشت
۵۹	رسائی	۱۳۶۷	رشت
۶۰	قدس	۱۳۶۷	رشت
۶۱	حائری	۱۳۶۷	حمام (رشت)
۶۲	ذهنی	۱۳۶۷	بیربازار (رشت)
۶۳	وحدتی	۱۳۶۷	امام زاده هاشم (رشت)
۶۴	یوغلی	۱۳۶۷	کوچصفهان (رشت)
۶۵	نعمی	۱۳۶۸	رشت
۶۶	اکبرزاده	۱۳۶۸	رشت
۶۷	سینا	۱۳۶۸	چوکام (رشت)
۶۸	پاک	۱۳۶۹	رشت
۶۹	قدسی	۱۳۶۹	رشت
۷۰	بخشنده	۱۳۷۰	رشت
۷۱	نایان	۱۳۷۰	رشت
۷۲	رازی	۱۳۷۰	رشت
۷۳	کاویانی	۱۳۷۰	رشت
۷۴	علان احمدزاده به علان احمدرا	-	رشت
۷۵	درمان	-	لولمان (رشت)
۷۶	عابدینی	۱۳۷۰	رودبار
۷۷	نایان	۱۳۷۰	منجیل (رودبار)
۷۸	زهیمیان	۱۳۷۰	لوشان (رودبار)
۷۹	هدایت	۱۳۱۰	املش (رودسر)
۸۰	مقصودی	۱۳۲۲	رحیم آباد (رودسر)
۸۱	پاستور	۱۳۲۹	رودسر
۸۲	پاهی	۱۳۳۰	کلاچای (رودسر)
۸۳	رضائی	۱۳۳۵	کلاچای (رودسر)
۸۴	شفا	۱۳۳۵	چابکسر (رودسر)
۸۵	صحت	۱۳۴۴	رودسر
۸۶	حکمت	۱۳۴۵	رودسر
۸۷	آریا	۱۳۴۹	رودسر
۸۸	رازی	۱۳۵۰	رودسر
۸۹	سینا	۱۳۵۹	املش (رودسر)
۹۰	صادقی پور	۱۳۷۰	واجازگاه (رودسر)
۹۱	نیک سرشت	۱۳۵۳	صومعه سرا
۹۲	آریا	۱۳۵۳	صومعه سرا
۹۳	سینا	۱۳۵۳	صومعه سرا
۹۴	نظامی	۱۳۵۵	صومعه سرا
۹۵	آزاد	۱۳۶۲	بازارجمعه (صومعه سرا)
۹۶	عماد	۱۳۶۲	ماسال (صومعه سرا)
۹۷	ایمان	۱۳۶۴	شاندیزمن (صومعه سرا)
۹۸	علیرزاده	۱۳۶۴	گوراب زرمخ (صومعه سرا)
۹۹	عبدالق زاده	۱۳۶۸	بازار جمعه (صومعه سرا)
۱۰۰	وجندان	۱۳۲۲	فومن
۱۰۱	ایران	۱۳۴۲	شفت (فومن)
۱۰۲	پاستور	۱۳۵۰	فومن
۱۰۳	زین العابدین	۱۳۵۷	فومن

ادامه جدول شماره ۴۵

ردیف	نام داروخانه	سال تأسیس	محل
۱۰۴	نوری پناه	۱۳۶۲	شفت (فومن)
۱۰۵	فومنات	۱۳۶۲	فومن
۱۰۶	مرکزی	۱۳۲۲	لامیجان
۱۰۷	فرخ زاده	۱۳۲۵	لامیجان
۱۰۸	اخوت پور	۱۳۲۵	لامیجان
۱۰۹	زاری	۱۳۴۴	لامیجان
۱۱۰	شفا	۱۳۴۶	لامیجان
۱۱۱	دبلم	۱۳۵۰	سیامک (لامیجان)
۱۱۲	نجات	۱۳۵۱	سیامک (لامیجان)
۱۱۳	فقیه	۱۳۵۲	لامیجان
۱۱۴	بوشیه	۱۳۶۱	لامیجان
۱۱۵	میشاقیه	۱۳۱۹	لنگرود
۱۱۶	اسلام	۱۳۲۰	لنگرود
۱۱۷	نظری	۱۳۲۷	لنگرود
۱۱۸	زاهدی	۱۳۳۴	کومه (لنگرود)
۱۱۹	سینا	۱۳۳۸	لنگرود
۱۲۰	ونوق	۱۳۵۴	لنگرود
۱۲۱	یگانه	۱۳۵۶	لنگرود
۱۲۲	تدریسی (ششانه روزی)	۱۳۶۳	لنگرود

— آمار در دسترس نیست.

سایر کارهای بهداشتی و درمانی نیز از اینقرار بوده است:

— حدود ۶۶/۵ تن مواد غذایی فاسد در مناطق زلزله زده کشف و معدوم گردید.
— ۲۶،۰۰۰ نفر واکسینه شدند.

— ۶۸ پروژه آب آشامیدنی بازسازی گردید.

— ۱۲۵۰ دفترچه بیمه درمانی صادر شد.

همچنین ساختمان شبکه بهداشت و درمان رودبار که به کلی تخریب شده بود در زمینی به مساحت ۶۰۰ متر مربع با زیربنای ۱۱۰۰ متر مربع در ۳ طبقه با صرف هزینه‌ای معادل ۱۴۰ میلیون ریال احداث و تکمیل شد و در سال ۱۳۷۰ مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

نظام پزشکی

نظام پزشکی به سال ۱۳۴۸ در رشت تشکیل گردید. این نهاد از ابتدا به عنوان سازمانی مستقل و دارای شخصیت حقوقی با به عرصه وجود گذاشت. وظایف عمده آن طبق قانون قبلی حفظ شئون و پیشرفت امور پزشکی و تنظیم روابط حرفه‌ای بین پزشکان و حفظ حقوق مردم و مؤسسات ملی و دولتی در برابر صاحبان فنون پزشکی و بالعکس بود. در سال ۱۳۶۹ قانون جدید نظام

پزشکی به مرحله اجرا گذاشته شد. در این قانون اهداف و وظایف عمده نظام پزشکی به شرح زیر تعیین گردیده است

- ۱- تلاش در جهت تحقق بخشیدن ارزشهای عالی اسلام در کلیه امور پزشکی و همچنین ارتقاء سطح دانش پزشکی.
- ۲- حفظ حقوق بیماران در برابر شاغلان حرف پزشکی و بالعکس و نیز حفظ و حمایت از حقوق صنفی شاغلان پزشکی.
- ۳- تلاش در جهت پیشبرد و اصلاح امور پزشکی و همکاری هر چه بیشتر با دستگاههای اجرایی دولتی در رفع محرومیت‌های بهداشتی درمانی.
- ۴- تلاش در جهت حسن اجرای موازین و مقررات و قوانین مربوط به امور پزشکی.

۵- رسیدگی به امور حرفه‌ای و صنفی پزشکی.
نظام پزشکی هر شهرستان توسط هیئت مدیره اداره می‌شود. هیئت مدیره مرکب از ۷ نفر است.

- ۱- ۵ نفر پزشک به انتخاب پزشکان عضو.
 - ۲- ۱ نفر دندانپزشک به انتخاب دندانپزشکان عضو.
 - ۳- ۱ نفر داروساز به انتخاب دکترهای داروساز عضو.
- تا زمانی که انتخاب دندانپزشک و داروساز صورت نپذیرد هیئت مدیره نظام پزشکی ۵ نفر خواهد بود. همچنین نظام پزشکی مرکز استان عهده‌دار نظام پزشکی شهرستانهای تابعه که در آنها نظام پزشکی تشکیل نشده نیز می‌باشد. لازم به ذکر است که کلیه اتباع ایرانی پزشک، دندانپزشک، دکتر داروساز و متخصصین و دکترهای حرفه‌ای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی می‌توانند به عضویت نظام پزشکی درآیند.

آخرین انتخابات نظام پزشکی رشت در مرداد ماه ۱۳۷۰ انجام گردید و هیئت مدیره جدید نیز در مهرماه همین سال آغاز به کار کرد. اعضای هیئت مدیره عبارتند از: دکتر هدایت پزدانی (رئیس هیئت مدیره)، دکتر پورکاظمی (نایب رئیس)، دکتر سعید فرزد (دبیر)، دکتر انوش برزگر (عضو)، دکتر محمود حجت (عضو) و دکتر سجاد ریاضی (عضو).

جمعیت مبارزه با سرطان

این جمعیت با کوشش و همت چند تن از پزشکان خوشنام گیلان در سال ۱۳۷۱ تشکیل گردید. مقرر شده بعد از روشن شدن وضع اداره جمعیت مزبور و تنظیم و تصویب اساسنامه آن در راستای مبارزه با سرطان و حمایت از بیماران سرطانی و افراد تحت تکفل آنان شروع به فعالیت نماید. اعضای جمعیت مبارزه با سرطان رشت عبارتند از: دکتر یوسف آزاد، دکتر محمود بهزاد، دکتر حسن صالحی، دکتر هدایت پزدانی، دکتر محمد حسن هدایتی و دکتر معنوی.

تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت

برطبق قانون دولت مکلف است به طرق مقتضی وسایل بهداشت و درمان مستخدمین رسمی و خانواده آنان را فراهم سازد. اولین قانون به منظور حمایت از کارمندان سازمانهای دولتی در سال ۱۳۰۱ به تصویب دوره چهارم مجلس

جدول شماره ۴۶ - افراد بیمه شده روش درمانی غیرمستقیم استان گیلان به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۶۹

شرح آزادگان	کارمندان دولت	باوشتگان قراردادهای خاص	بنیاد جاننازان	بنیاد شهید	جمع
آسنارا	۵۸	۶۵۶۲	۵۱	۳۴	۷۲۷۱
آستانه اشرفیه	۱۶۴	۸۰۰۳	۳۶۲	۲۴۵	۹۷۵۰
بندر انزلی	۱۶۴	۱۳۶۲۵	۶۱	۱۲۲۲	۱۶۰۸۷
تالش	۳۲۶	۱۶۰۶۲	۳۰	۵۷۶	۱۸۳۸۶
رشت	۹۳۹	۷۳۶۵۷	۴۵۰۷	۱۷۳۸	۹۱۴۱۳
رودبار	۹۵	۱۰۹۴۱	۲۱۷	۴۰	۱۲۱۲۸
رودسر	۰	۱۰۶۰۲	۹	۶۳۱	۱۴۱۳۴
صومعه سرا	۰	۱۷۱۶۴	۲۲۸	۷۵۲	۱۸۸۷۴
فومن	۲۶۵	۱۷۵۹۵	۲۹۰	۱۲۷	۱۹۹۲۱
لاهیجان	۲۶۶	۲۷۹۳۶	۲۰۹۳	۳۲۹	۳۴۵۳۴
لنگرود	۱۸۰	۱۱۳۱۴	۹۴	۳۵۸	۱۳۹۱۸
جمع کل استان	۲۲۵۷	۲۱۳۴۶۱	۸۱۲۲	۱۴۵۷۳	۲۵۶۴۱۶

۱- رقم مساوی صفر است.
۲- آمار در دسترس نیست.

گیلان انتقال یافت. در سال ۱۳۶۹ که سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان جایگزین سازمان قبلی بهداشتی گردید، تأمین خدمات درمانی کارمندان نیز در قالب سازمان جدید به فعالیت‌های خود ادامه داد. سازمان مذکور به ۲ صورت خدمات درمانی را در اختیار کارمندان و سایر کارکنان مشمول که حداکثر قریب به اتفاق آنان زیر پوشش تأمین خدمات درمانی هستند قرار می‌دهد.
۱- از طریق امکانات بهداشتی و درمانی وابسته به خود شامل کلیه بیمارستانها، مؤسسات رادیولوژی، آزمایشگاهها، فیزیوتراپیها، داروخانهها و غیره.
۲- توسط پزشکان و مؤسسات و امکانات بهداشتی و درمانی طرف قرار داد.

بر اساس آمار مستشره مربوط به سال ۱۳۶۹ در سطح استان گیلان ۲۵۶،۴۱۶ نفر بیمه‌شده روش درمان غیرمستقیم (کارمندی) وجود داشت. از این تعداد ۲۱۳،۴۶۱ نفر کارمند دولت ۱۴۰،۵۷۳ بیمه شده قراردادهای خاص (مثل شهرداری و غیره)، ۱۳،۳۵۱ نفر اعضای بنیاد شهید، ۴۴۳۲ نفر اعضای بنیاد جاننازان و ۲۴۵۷ نفر هم آزادگان بودند. بیمه‌شدگان روش درمانی غیرمستقیم (کارمندی) به تفکیک شهرستان در جدول شماره ۴۶ آمده است.

متخصص که با دولت قرارداد همکاری دارند مراجعه و در صورت لزوم به وسیله آنان یا مستقیماً به بیمارستانهای همکار معرفی و مراجعه نمایند. همچنین بیمه‌شدگان ملزم به پرداخت بخشی از هزینه‌های درمانی (فرانشیز) هستند. به علاوه بیمه‌شدگان این روش می‌توانند با ارائه دفترچه تأمین درمان از امکانات درمانی مؤسسات درمانی وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی استفاده نمایند. در این صورت هیچگونه فرانشیزی بابت هزینه‌های درمانی پرداخت نخواهند کرد.

رسید. این قانون کارمندان و خانواده آنان را در برابر بیماری و از کار افتادگی و فوت کارمند مورد حمایت قرار می‌داد، ولی برای درمان آنان و افراد تحت تکلفشان فکری نشده بود.

در سال ۱۳۲۴ شرکت سهامی بیمه ایران عهده‌دار اجرای قانون بیمه اجباری و حوادث و امراض ناشی از کار گردید. در خصوص بیمه فرهنگیان، به منظور تأمین درمان آنها قراردادی بین شرکت سهامی بیمه ایران و دولت بسته شد. به علاوه کارمندان دولت نیز در صورت تمایل می‌توانستند به صورت انفرادی با شرکت مذکور قرار داد بیمه درمانی منعقد نمایند. بدین جهت هر سال در بودجه دولت، مبلغی به این امر اختصاص می‌یافت. از طرفی چون شرکت سهامی بیمه ایران فاقد امکانات پزشکی و درمانی مخصوص درمان فرهنگیان و کارمندان بیمه شده بود قراردادهای در تهران و شهرستانها و از آن جمله رشت با پزشکان و بیمارستانها منعقد می‌نمود. بیمه‌شدگان در مواقع احتیاج، به پزشکان و مؤسسات درمانی طرف قرار داد شرکت سهامی بیمه ایران مراجعه کرده و به حساب شرکت مزبور تحت درمان قرار می‌گرفتند.

در سال ۱۳۳۳ به موجب تصویب آیین نامه‌ای تمام مؤسسات صحتی مملکتی تحت نظارت مستقیم وزارت بهداشت و درمان درآمدند. در زمینه بیمه درمانی کارکنان دولت نیز سازمانی تحت عنوان «سازمان بیمه کارمندان دولت» وابسته به وزارت بهداشتی تأسیس گردید. این سازمان علاوه بر پزشکان و بیمارستانها و سایر مؤسسات درمانی طرف قرار داد، خود نیز اقداماتی را در زمینه امور بهداشتی و درمانی در گیلان آغاز کرد. در زیر به عنوان نمونه تعداد بیمه‌شدگان گیلان و تعداد مراجعات آنها در فاصله سالهای ۱۳۴۴ تا ۱۳۴۶ آمده است.

سال ۱۳۴۴	سال ۱۳۴۵	سال ۱۳۴۶	
تعداد بیمه‌شده	۳۰۹۷	۳۹۰۴	۳۸۷۳
تعداد مراجعات به مراکز درمانی	۱۲،۸۹۰	۱۶،۹۸۲	۱۵،۱۲۷

وضع بیمه کارمندان دولت به همین روال بود تا در سال ۱۳۵۱ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت به تصویب رسید و دولت مکلف گردید خدمات درمانی کلیه کارکنان وزارتخانهها و مؤسسات دولتی و وابسته به دولت و شرکت‌های دولتی اعم از شاغل و بازنشسته و موظف را بر طبق همین قانون تأمین نماید. همچنین به دولت تکلیف شد که خدمات درمانی همسر و فرزندان تحت تکفل و نیز وراث قانونی کارکنان مذکور را تا زمانی که از حقوق وظیفه استفاده می‌نمایند و در نقاطی که موجبات و امکانات آن فراهم می‌گردد به تدریج تأمین نماید. با اجرای این قانون تحرکی در گسترش بیمه کارمندان دولت به عمل آمد. بیمه‌شدگان در انتخاب پزشک و یا بیمارستانهای مسورد علاقه به اساس ضوابط و مقررات سازمان تأمین خدمات درمانی آزادی عمل داشتند.^{۵۸}

این سازمان، در سال ۱۳۵۵ در وزارت بهداشتی و بهزیستی ادغام گردید و در استان گیلان نیز تشکیلات آن به سازمان منطقه بهداشتی و بهزیستی استان

۵۸. به طور کلی در این روش درمانی که «روش بیمه، درمانی غیرمستقیم» نامیده می‌شود، بیمه‌شدگان قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت و قراردادهای خاص و مشمولین تأمین اجتماعی که روش بیمه درمانی غیرمستقیم را پذیرفته‌اند، در انتخاب پزشک یا مؤسسه درمانی آزادی عمل دارند. بدین صورت که با در دست داشتن دفترچه تأمین درمان می‌توانند به پزشکان عمومی و